

# 全国医療福祉教育協会主催 実務能力認定試験 受験願書

◆事前に本小冊子をお読みいただき、下記太枠内に必要事項を記入、または該当項目に○をつけてください。出願後の変更はできません。ご了承ください。

必須 試験名		必須 試験日			
医科2級医療事務実務能力認定試験		平成30年6月10日(日)	平成30年11月11日(日)	平成31年3月10日(日)	
2級医療秘書実務能力認定試験					
医療事務OA実務能力認定試験		平成30年8月19日(日)	平成30年11月23日(祝・金)	平成31年3月21日(祝・木)	
電子カルテオペレーション実務能力認定試験					
医師事務作業補助者実務能力認定試験		平成30年6月24日(日)	平成30年10月7日(日)	平成31年3月17日(日)	
看護助手実務能力認定試験*		平成30年11月4日(日)	平成31年3月3日(日)		
必須 受験区分	一般受験(1試験 7,500円)	⇒ 希望受験地 一般受験の方のみご記入ください。受験地は4ページ参照	第1希望		第2希望
	団体受験(1試験 7,000円)				
受験料振込日または振込予定日(一般受験の方のみご記入ください。振込先は5ページ参照)				月	日
必須 ふりがな			性別	生年月日	
必須 氏名 <small>楷書で丁寧に書きください。</small>	姓	名	男 ・ 女	西暦	年 月 日生
必須 住所 <small>楷書で丁寧に書きください。</small>	〒		アパート・マンション名までご記入ください。		
	都道府県	市区郡			
必須 電話番号 <small>*日中連絡のとれる番号を記入してください。</small>	—	—	学習経験	なし ・ あり(学習施設)	
メールアドレス					
職業	学生・医療関連職・医療関連職以外の社会人・主婦・主夫・求職中・その他( )				

## ◆認定機関記入欄

団体名		団体コード		団体使用欄		OA開始:		カルテ開始:	
-----	--	-------	--	-------	--	-------	--	--------	--