

# 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。

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		2020年6月14日(日)		2020年11月15日(日)		2021年3月7日(日)	
2級医療秘書実務能力認定試験		2020年8月23日(日)		2020年11月23日(祝・月)		2021年3月20日(祝・土)	
医療事務OA実務能力認定試験		2020年6月21日(日)		2020年10月4日(日)		2021年3月21日(日)	
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							
必須		希望受験地		第1希望		第2希望	
受験区分		一般受験(1試験 7,700円)		希望受験地、 受験料振込日または 振込予定日を ご記入ください。		受験料振込日または振込予定日	
必須		ふりがな		姓		生年月日	
必須		氏名		名		性別	
必須		住所		〒		男・女	
必須		電話番号		都道府県		西暦	
必須		メールアドレス		市区郡		アバート・マンション名までご記入ください。	
必須		職業		学習経験		なし・あり(学習施設)	
必須		認定機関記入欄		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:
-----	-------	-------	-------	--------