

〈願書記入例〉

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。

受験科目		試験日				
<input type="radio"/>	医科2級医療事務実務能力認定試験	平成29年6月11日(日)	<input type="radio"/>	平成29年11月12日(日)	平成30年3月11日(日)	
<input type="radio"/>	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29年8月20日(日)		平成29年11月23日(祝・木)	平成30年3月21日(祝・水)	
	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29年6月18日(日)		平成29年10月1日(日)	平成30年3月18日(日)	
	看護助手実務能力認定試験*	平成29年6月4日(日)		平成29年11月5日(日)	平成30年3月4日(日)	
受験区分	<input type="radio"/> 一般受験(1科目 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	東京	第2希望	神奈川県
	<input type="radio"/> 団体受験(1科目 7,000円)					

ふりがな 氏名 楷書で丁寧に お書きください。	いりょう 姓 医療	はなこ 名 花子	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 西暦 1991年3月10日生
住所 楷書で丁寧に お書きください。	〒160-0023 東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県 新宿 <input checked="" type="radio"/> 市区 西新宿7-8-10 オークラヤビル5階 アパート・マンション名までご記入ください。			
電話番号 *日中連絡のとれる番号を 記入してください。	03 - 5925 - 6548	学習経験	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり(学習施設 医療○○スクール)	
メールアドレス	info@iryoushikaku.jp			
職業	学生・医療関連職 <input checked="" type="radio"/> 医療関連職以外の社会人 <input type="radio"/> 主婦・主夫・求職中・その他()			

※個人情報の取り扱いについて

ご登録いただいた個人を特定できる情報(以下「個人情報」といいます)は、当該試験の実施、受験者の受験、試験結果の発表、および受験履歴の管理、各種ご案内、およびアンケートの実施に必要な範囲で使用致します。個人情報をお客様の同意なくこれらの利用目的以外で使用することはありません。

<個人情報の安全管理>試験業務の一部を外部に委託しておりますが、個人情報の漏洩等がなされないよう、適切な安全対策を講じ、保管・管理を行います。また、団体受験の場合、試験終了後、認定機関の受験責任者宛に受験者個人の成績一覧が送付されます。お申し込みされた方は上記を含む、本冊子のすべてに同意しているものとみなします。個人情報に関するお問い合わせ先:全国医療福祉教育協会 事務局 Eメール info@iryoushikaku.jp

◆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:
-----	-------	-------	-------	--------