

# 〈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。

必須 試験名		必須 試験日						
<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	平成30年11月11日(日)	平成31年3月10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	<input type="radio"/> 一般受験(1試験 7,500円) <input type="radio"/> 団体受験(1試験 7,000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	
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)					9	月	10	日
必須 ふりがな	いりょう		はなこ		性別	生年月日		
必須 氏名	姓	医療	名	花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	西暦 1991年3月10日生		
必須 住所	〒160-0023		アパート・マンション名までご記入ください。					
	東京	<input checked="" type="radio"/> 都 府県	新宿	<input checked="" type="radio"/> 市 区	西新宿7-8-10 オークラヤビル4階			
必須 電話番号	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 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:
-----	-------	-------	-------	--------