

# 〈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	2019年6月9日(日)	<input type="radio"/>	2019年11月10日(日)	2020年3月8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	2019年8月25日(日)		2019年11月23日(祝・土)	2020年3月20日(祝・金)
	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	2019年6月23日(日)		2019年10月6日(日)	2020年3月22日(日)
	看護助手実務能力認定試験*	2019年11月3日(祝・日)		2020年3月1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。	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"/> 市区郡 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@iryuu-shikaku.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:
-----	-------	-------	-------	--------