

## 〈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。

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			<input type="radio"/>	2020年6月14日(日)		2020年11月15日(日)
<input type="radio"/>	2級医療秘書実務能力認定試験				2020年8月23日(日)		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)		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						
<b>必須</b>	<input type="radio"/>	一般受験(1試験 7,700円)		希望受験地	第1希望	東京	第2希望
受験区分		団体受験(1試験 7,200円)		受験料振込日または振込予定日		9月10日	
<b>必須</b>	ふりがな	いりよう	はなこ	性別	生年月日		
<b>必須</b>	氏名	医療	花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	西暦	1991年3月10日	
<b>必須</b>	住所	〒160-0023	東京都新宿市	アパート・マンション名までご記入ください。			
<b>必須</b>	電話番号	03-5925-6548	新宿市	西新宿7-8-10	オークラヤビル4階		
<b>必須</b>	メールアドレス	info@iryoushikaku.jp					
<b>必須</b>	職業	学生・医療関連職 <input checked="" type="radio"/> 医療関連職以外の社会 <input checked="" type="radio"/> 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:
-----	-------	-------	-------	--------