

合格領域有効制度申請書

申 込 日	年 月 日
ふ り が な	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
取得資格についてご記入ください	
申請する検定試験に○	
医療秘書技能検定試験 ・ 医事コンピュータ技能検定試験	
申請する級	
領域Ⅰ合格回	合否通知 有 ・ 無
領域Ⅱ合格回	合否通知 有 ・ 無
領域Ⅲ合格回	合否通知 有 ・ 無
送 付 先 住 所	〒
E:Mail アドレス	
連絡先電話番号	

合否通知を紛失された方は手数料をお振込後、下記にご記入ください

申 請 料 振 込 日	月 日 手数料一通に対して(2,000円) 振込口座 三井住友銀行 西葛西支店(普) No. 1298126 一般社団法人 医療秘書教育全国協議会
-------------	--

※ 申請書に記載の個人情報は、「個人情報保護法」の規定を厳守し、領域別合格制度に関する事務事務の資料に限定し利用いたします。

送付先: 〒134-0084

東京都江戸川区東葛西 6-7-5
 滋慶ビル2階
 医療秘書教育全国協議会
 登録センター 行

注意事項: 簡易書留・レターパックまたは宅配便

でお送りください。(自己追跡可能なもの)
 メール便・DM便・普通郵便の送付は絶対
 にしないで下さい。

申請期間 合否通知が到着した月の翌月末 6月検定試験→合否通知到着～8月末まで 11月検定試験→合否通知到着～1月末まで ※申請期間を過ぎたものは受け付けません

事務局記入欄	受 付 日	月 日
	申請書発行日	月 日
申 請 番 号		