

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(検定試験の種類・級ごとに、申請書を1枚ずつご記入ください)			
領域Ⅰ合格回		回 合否通知 有・無	
領域Ⅱ合格回		回 合否通知 有・無	
領域Ⅲ合格回		回 合否通知 有・無	
受取住所	〒		
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手続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		