様式１

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

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）
合格証の返送には、返信用レターパック（600円）が必要となりますので、必ず同封してください。また、レターパックのお届け先欄には、返送先の住所・氏名・電話番号を必ずご記入ください。

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～９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		