

氏名における変更申請書

年 月 日

一般社団法人 医療秘書教育全国協議会 宛

パソコンで印字されない漢字・カタカナ・ローマ字が含まれているので、変更を申請します。

入力した氏名	
回数・級・試験名	第 回 級 医療秘書技能検定試験

※申請対象漢字は崩さず下記へはっきりと記入し○で囲んでください。

※対象漢字とは、ここでは外字ととらえJIS第一、第二水準以外の漢字です。

氏 名

※記載されたとおりに発行いたしますので、正確にご記入下さい。

※申請書に記載不備があった場合、発行いたしかねますので、ご注意ください。

<申請書送付先> 申込締切日必着

〒171-0014 東京都豊島区池袋2-65-18 池袋WESTビル3F

医療秘書教育全国協議会 検定第二分室行