

# 過去問題申請書

申 込 日	年      月      日
ふ り が な	
氏            名	
住            所	〒
電 話 番 号	
<b>医療秘書技能検定試験</b>	
1 級・準1 級                      第      回～	過 去      回 分 (直近過去5回まで)
(希望する級に○をつけてください)	(過去何回分か○をつけるかご記入ください)
<b>医事コンピュータ技能検定試験</b>	
準1 級                              第      回～	過 去      回 分 (直近過去5回まで)
	(過去何回分か○をつけるかご記入ください)
<b>電子カルテ実技検定試験</b>	
	第      回～                      過 去      回 分 (直近過去5回まで)
	(過去何回分か○をつけるかご記入ください)
<b>切手枚数確認欄</b> 1 部 330 円 (110 円切手 × 3) × 部数 = 合計      枚 (記念切手不可)	

※請求書に記載の個人情報は、「個人情報保護法」の規定を厳守し、過去問題送付に関する事務事務の資料に限定し利用いたします。

※合計枚数の切手を申請書と一緒にに入れて郵送でお申込みください。

※申請書が印刷できない方は上記項目を記載した用紙を同封してください。

その他の過去問題は問題集が発売されております。

過去問題集

医療秘書技能検定試験実問題集 2. 3 級    つちや書店

医事コンピュータ技能検定試験実問題集 3 級    つちや書店

☎ 03-3816-2071

医事コンピュータ技能検定試験 2 級過去問題集    ケアアンドコミュニケーション株式会社

☎ 03-5979-5411

**事務局宛にて、郵便にてお送り下さい。**

送付先: 一般社団法人医療秘書教育全国協議会

過去問題請求係

〒134-0084 東京都江戸川区東葛西6-7-5 滋慶ビル2F

TEL: 03-5675-7077 FAX: 03-5675-7078

事務局記入欄	受 付 日	月	日
	切 手 確 認	月	日
	発 送 日	月	日
受 付 番 号			