

# 合格証明書再発行申請書

申 込 日	年 月 日
ふ り が な	
氏 名 ( 必 須 )	
生 年 月 日 ( 必 須 )	年 月 日
受験時の住所 ( 必 須 )	〒
受験時の氏名 ( 必 須 )	
取得資格についてご記入ください(必 須)	
医療秘書技能検定試験	受験番号(分かる方のみ)
第 回 年 月 取得級 級	
医事コンピュータ技能検定試験	受験番号(分かる方のみ)
第 回 年 月 取得級 級	
福祉事務管理技能検定試験	受験番号(分かる方のみ)
第 回 年 月 取得級 級	
電子カルテ実技検定試験	受験番号(分かる方のみ)
第 回 年 月	
送 付 先 住 所 ( 必 須 )	〒
連絡が取れる 電話番号(必須)	

※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、必須項目に必ず記載をしてください。

※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、合格証明書再発行に関する事務事務の資料に限定し利用いたします。

※発行手数料 84円切手10枚(840円)分を同封してください。

**事務局宛てに、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  
〒134-0084 東京都江戸川区東葛西6-7-5 滋慶ビル  
TEL:03-5675-7077 FAX:03-5675-7078

事務局記入欄	受 付 日	月	日
	納 入 確 認 日	月	日
	申 請 書 発 行 日	月	日
申 請 番 号			