

医師事務作業補助技能認定申請書

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			
医療秘書技能検定試験			
第 回	年 月	受験番号	取得級 準1級 以上
医事コンピュータ技能検定試験			
第 回	年 月	受験番号	取得級 2級 以上
電子カルテ技能検定試験			
第 回	年 月	受験番号	
学 校 名			
学 科			
書類送付先が学校宛の場合ご担当者をご記入ください			
ご 担 当 者			
自 宅 住 所	〒		
自 宅 電 話		FAX番号	
認定料振込日	年 月 日	お振込確認後の発行になります。	

※ 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、医師事務作業補助技能認定に関する事務の資料に限定し利用いたします。

認定料振込口座

三井住友銀行 西葛西支店(普) No. 1272084
 一般社団法人 医療秘書教育全国協議会

事務局宛てに、FAX(03-5675-7078)または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
 〒134-0088 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	年 月 日
	納 入 確 認 日	年 月 日
	申 請 書 発 行 日	年 月 日
申 請 番 号		