

受験願書

記入日： 年 月 日

フリカナ		
氏名	印	
住所	〒 —	
電話番号	()	
受験を希望 される□に レを入れて 下さい	医科	医療保険請求事務者2級 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)
		医療保険請求事務者準1級 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:実技 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)
		医療保険請求事務者1級 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)
	歯科	医療保険請求事務者2級 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)
		介護
	調剤	調剤薬局事務者2級 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)
	調剤CP	調剤薬局情報システムオペレーター2級 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)
		CP
	電子カルテ	医療情報システムオペレーター2級 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)
受験回数	第 () 回目	
受験日	年 月 日 ()	

※神戸医療事務センター受講生の方はご記入下さい。

教室名	月生	クラス名
-----	----	------

受験予定日の1週間前までにお電話にて受験日をご予約の上、
受験当日、必要事項をご記入の上こちらの用紙を受験会場にご提出下さい。

〒650-0034 兵庫県神戸市中央区京町76-2
明海三宮第二ビル8F
(株) 全国医療関連技能審査機構
TEL 078-391-2218
TEL 079-284-6520