

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 しを入れて下さい	医科	医療保険請求事務者2級 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)	<input type="checkbox"/>
		医療保険請求事務者1級 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)	<input type="checkbox"/>
		在宅医療保険請求事務者 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)	<input type="checkbox"/>
	歯科	医療保険請求事務者2級 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)	<input type="checkbox"/>
		介護	介護保険請求事務者2級 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)
	調剤	調剤薬局事務者2級 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)	<input type="checkbox"/>
	調剤CP	調剤薬局情報システムオペレーター2級 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)	<input type="checkbox"/>
		CP	医事情報システムオペレーター2級 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)
	医事情報システムオペレーター1級 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)		<input type="checkbox"/>
電子カルテ	医療情報システムオペレーター2級 (<input type="checkbox"/> 領域Ⅰ:筆記 <input type="checkbox"/> 領域Ⅱ:実技)	<input type="checkbox"/>	
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。

〒670-0964 兵庫県姫路市豊沢町68番地
 (株) 全国医療関連技能審査機構
 TEL 078-284-6520