



特定非営利活動法人 医療福祉情報実務能力協会主催

## 実務能力検定試験 団体受験申込書

(フリガナ) 団体名			
団体所在住所		〒	
連絡先		TEL :	Fax :
団体受験実施責任者		氏名 <span style="float:right">印</span>	
E-mail		@	
検定試験実施日		令和 年 月 日 実施	
申込種別		1. 新規申込 ( ) 人 2. 追加申込 ( ) 人 総申込人数 ( ) 人	
試験 受験 者 数	メディカルケアワーカー®1級	( ) 人	×8,700 円= 円
	メディカルケアワーカー®2級	( ) 人	×7,700 円= 円
	認定医師秘書 TM	( ) 人	×8,200 円= 円
割 引 額	事務連絡諸経費 ( - 10% ) (受験者総数 5 名から) =		円
	団体受験会場設営経費 (受験者総数 10 名から) =		円
振 込 金	前納 ( 月 日 銀行振込) 合計=		円
協会への連絡事項			

「団体受験を希望される団体責任者の方へ」および「受験規約」に同意し申し込みします。

申込日：令和 年 月 日

【振込先】 福岡銀行 稲築支店 普通口座 1127655

名義人：医療福祉情報実務能力協会

【送付先】医療福祉情報実務能力協会本部事務局

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 3-2-27 オーチャー第7ビル4F

TEL : 03-5326-7784 FAX : 03-5326-7786 (※原本郵送必須) E-mail : [info@medin.gr.jp](mailto:info@medin.gr.jp)