

試験中の禁止事項

次に該当する受験者は失格とし、悪質な場合、今後の受験をお断りするなどの対応を取らせていただきます。

在宅試験

- ・試験運営委員および試験監督の指示に従わない者
- ・試験中に、助言を与えたり、受けたりする者
- ・本人の代わりに試験を受けようとする者、または受けた者
- ・他の受験者に対する迷惑行為を行う者
- ・暴力行為や器物損壊、電話やメール・口頭・文書による試験に対する妨害行為におよぶ者
- ・その他の受験要項（試験時間・指定提出物の期限までの提出等）に定められた受験規則に準じず不正行為を行う者
- ・その他の不正行為

在宅試験におけるその他禁止事項

- ・「願書提出に関する注意事項」および受験票記載の注意・禁止事項に準じます。

試験実施日時および受験の権利行使期間について

当協会が実施する検定試験は受験願書提出期間や試験実施日時を設けており、指定日時終了後は「受験者」の受験する権利が消滅します。ただし、当協会が不可効力と認めた場合に限り、再受験等の権利行使期間を設けることがあります。

在宅試験問題一式の受け取りについて

在宅試験問題一式（以下、「試験セット」）の配送は受験者本人の受領とし、願書記載住所以外の配送、ポスト投函・宅配ボックス・郵便局留め等の受験者都合による配送・受領方法には応じられません。なお、受験者による禁止行為の手配および受領がおこなわれた場合は、失格とし試験セットを回収いたします。

また、試験当日午前中不在等により試験セットの受け取りができなかった場合、試験開始の14時までには再配達ができない場合があります。その際は開始時間が守れないため失格とし、試験セットは回収いたします。

試験結果の通知

全ての受験者に対して、合否通知書を所定の期日に送付します。合否通知書が届かない場合は、合否発表日一週間後以降に必ず協会研究・業務センターまでお問合せください。協会が定める合否発表日から起算して一ヶ月以上経過した場合は、合否通知書の再発行依頼には応じられません。

指定書類返却の義務

試験問題・答案用紙・受験票の提出は受験・未受験に関わらず、必ず指定の方法で返却してください。

認定範囲の限定

当協会主催認定資格は、医療福祉およびそれに隣接・関連する知識を、当協会の定める基準における試験において一定以上有することで合格とし、資格認定をしています。当協会主催認定資格は、試験合格者の職能ならびに適性を証明するものではありません。当協会主催認定資格とは以下の通りです。

認定医師秘書（医師事務作業補助者）
メディカルケアワーカー（看護助手）1・2級
認定福祉理容・美容介護師
医事コンオペレーター
電子カルテオペレーター

試験内容、採点に関する質問

試験問題の内容及び採点内容、採点基準・方法についてのご質問には一切お答えできません。

解答内容の非公開

提出された解答用紙等の内容については、一切公開いたしません。解答内容の確認および返却等の要望についても一切お答えできません。

知的所有権等の権利帰属

当協会が実施する検定試験に関する試験問題等の著作権（著作権法第27条および第28条で規定）と著作者人格権（著作権法第18条から第20条で規定）など一切の知的所有権は学会および協会に帰属します。「受験者」による試験問題・解答用紙等の複製、改変、編集、領布等及び当協会の権利を侵害する行為のすべてを禁じます。

試験施行後に不正・違反が発覚した場合の措置

試験の施行後、不正や願書提出に関する注意事項および本規約違反が発覚した場合、当該受験者は失格または合格を取り消し、悪質な場合、今後の受験をお断りするなどの対応を取らせていただきます。

試験が施行されなかった場合の措置

台風、地震、洪水、津波等の自然災害または火災、停電、システム上の障害、その他不可抗力による事故等の発生により、やむをえず試験が中止された場合は、当該受験者に以下のいずれかの対応をいたします。ただし、中止にともなう受験者の不便、費用、その他の個人的損害については何ら責任を負いません。

- ・試験の代替日受験
- ・受験料の全額返還

答案の採点ができなかった場合の措置

台風、地震、洪水、津波等の自然災害または火災、停電、システム上の障害等により、答案が喪失、焼失、紛失し採点ができなくなった場合は、当該受験者に以下のいずれかの対応をいたします。ただし、これにともなう受験者の不便、費用、その他の個人的損害については何ら責任を負いません。

- ・試験の代替日受験
- ・受験料の全額返還

実務経験証明書

出願資格	<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助業務実務能力認定試験 <input type="checkbox"/> メディカルケアワーカー検定試験2級		
フリガナ		生年 月日	西暦 年 月 日
氏名			
現住所	〒 - (Tel)		
他に連絡先がある場合その名称及び所在地	名称		
	所在地	〒 - (Tel)	
医療福祉情報実務能力協会規定に基づき従事した期間		医療機関等の名称	
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
通算期間 年 月			
上記の者は、医療福祉情報実務能力協会規定に基づき、上記のとおり実務経験を有することを証明します。			
年 月 日			
所在地 〒 -			
法人名			
代表者氏名または責任者			印

キ
リ
ト
リ

受験同意書

医療福祉情報実務能力協会 殿

私は医療福祉情報実務能力協会主催の検定・認定試験の受験にあたり、
受験規約及び在宅試験願書提出に関する注意事項（案内パンフレット
P 1 3 ～ 1 6 に記載）を確認のうえ、同意し出願いたします。

西暦 年 月 日（願書提出日）

受験者名

印

※受験同意書の提出がない場合、受験は認められません。

必ず受験規約の内容をご確認頂き、願書と共に提出してください。

願書提出日、署名、捺印の無いものは受付できません。

標準
字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

受験番号

↑※ この欄は記載しないでください。

願 書

2019年度 医療福祉情報実務能力協会 主催 実務能力試験

※ P.19 ~ P.20 を参照の上、ご記入ください。

フリガナ (濁点は同じマス内に記入)																	
氏 名	(姓)							(名)									
生 年 月 日 (アラビア数字のみ)	西暦					年			月			日	性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	※ <input checked="" type="checkbox"/> 印 を記入	
郵便番号 (アラビア数字のみ)	〒					-							年 齢			歳	(アラビア数字のみ)
現 住 所 アパート名、 マンション名等も 必ず記入してください。	都道府県					市区 町村											
	丁目 ・号																
	マンション 建物名																
	部屋 番号																
電 話 番 号																	

受験する試験に
✓印を記入して
ください。併願は2つまで可。
詳しくは受験要綱を
ご覧ください。

- 医師事務作業補助業務実務能力認定試験
- メディカルケアワーカー検定試験1級 メディカルケアワーカー検定試験2級
- 認定福祉理容介護師 認定福祉美容介護師

当てはまる 職業を選んで ✓印を記入	<input type="checkbox"/> 学 生	<input type="checkbox"/> 公務員 (教員含む)	<input type="checkbox"/> 会社員	<input type="checkbox"/> 医療・福祉関係	<input type="checkbox"/> 自営業	<input type="checkbox"/> 主 婦	<input type="checkbox"/> パート	<input type="checkbox"/> 無職・その他
平日の日中 連絡が取れる 電話番号	携 帯 電 話							
	緊 急 連 絡 先							

*受験資格がある検定・認定資格は受験資格に該当するか、必ず確認してください。

*願書の記載内容の確認等、学会より連絡することがありますので、平日昼間に連絡の取れる番号を記入してください。

*勤務先等を記入する場合は、その名称も記入してください。 *裏面を必ず確認してください。 *各教育機関には可否の結果が通知されます。予めご了承ください。

教育機関名 (学校名)	
学籍番号 (受講者番号)	