

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行われた場合は、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、合否発表一週間後以降に必ず協会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

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、頒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

在宅試験願書提出に関する注意事項

必ずお読みください

こちらのページは各種試験の出願手続、出願に関連した各種注意事項等についてまとめたものです。出願される際は、必ずお読みください。

願書提出について

提出書類の記入について

願書の記入事項に不備がある場合、事実と反する場合は、受験できないことがあります。氏名の漢字はJIS第2水準までとします。

提出書類の返却について

受験願書等の受付後は、受験願書等の提出書類は一切返却できません。

各種検定・認定試験併願について

各検定、認定試験受験資格に併願の可否が記載されています。予めご確認の上、出願してください。併願可能な検定、認定試験で併願を行う場合は「同時に2つの級、または別の検定・認定試験のみ」です。

氏名・現住所を変更した場合（誤記入を含む）

各受験回の出願締切日までに協会にお電話でお問合せください。出願締切日以降は氏名、現住所の変更先へ「受験票」「試験セット」の送付はできません。

受験者による記載不備の場合

「受験票」発送後のお申し出による変更は、変更可能な期間であれば再郵送料金を受験者実費負担で受け付けます。

受験願書等の不備がある場合

不備のある受験願書等は、受付できません。受験願書等を提出する際には願書の提出書類チェックシートにより、不備がないよう十分に確認してください。

併願受験の条件

併願受験の受験数

併願受験は2つの試験までとなります。メンタルケア学会検定・認定試験との併願も可能ですが、併願受験は2つまでとなります。

併願受験の例外

在宅試験と会場試験の併願はできません。

併願受験の合格判定について

受験資格に併願する試験が含まれる場合は、合否判定後受験資格を取得しているもののみ合格とします。

「保留合格」について *下記「例」参照

2級：「不合格」 1級：「保留合格」の場合のみ、次回同検定の2級に合格した場合は「保留合格」を合格とします。但し、不合格の場合は「不合格」とし、保留合格の繰越はありません。保留合格で次回受験される際は、必ず願書と合格通知のコピーを一緒に提出してください。提出のない場合には通常受験となります。

例 併願受験の場合

メディカルケアワーカー（看護助手）2級
 メディカルケアワーカー（看護助手）1級

	2級	1級	メディカルケアワーカー (看護助手) 1・2級
第65回	不合格	合格	2級 不合格 / 1級 保留合格
第66回	合格	合格	合格

受験料について

受験料は銀行振込、郵便振替のいずれかの方法で、受験申込者本人の氏名でご納入ください。

受験料の納入

●願書を郵送で入手した方

願書に同封の指定銀行振込用紙が郵便振替用紙を使用し、受験申込者本人の氏名で納入してください。

●ホームページから願書のみ入手した方

右記のいずれかの方法で、受験申込者本人の氏名で納入してください。

受験料の納入後の返還について

受験料納入後は、受験料返還及び次回試験以降へ繰り越しはできません。

受験料の納入期限について

受験料の振込、振替は各受験回の出願締切日までの収納印（入金受付日附印）のあるものが有効です。各受験回の願書提出期間以外の入金は受付できません。願書提出期間以外に入金された場合の受験料は返還致しかねます。

●受験料支払先 振込手数料は受験申込者の負担となります。

銀行振込先	<銀行名> 福岡銀行 稲築支店 <口座番号> 普通口座 1127655 <口座名> 医療福祉情報実務能力協会
郵便振替先	<振替口座番号> 01730-3-40496 <口座名> 医療福祉情報実務能力協会

受験料納入名義について

受験料納入名義は受験者本人であること。

提出

出願方法は郵送のみ受け付けます。各受験回の出願期間中に必要書類を揃え送付してください。

受験料の納入

● 願書を郵送で入手した方

同封してある指定の封筒を使用し郵便局の書留窓口から簡易書留で提出してください。

● ホームページから願書のみ入手した方

必要書類を定形外封筒へ封入し、郵便局の書留窓口から簡易書留で下記住所へ提出してください。

● 出願書類送付先

<送付住所> 〒 820-0206 福岡県嘉麻市鴨生 55
<宛 名> 医療福祉情報実務能力協会
協会研究・業務センター 検定出願係

提出方法について

郵送のみでの受付になります。FAX、メールでの提出は受付できません。

簡易書留について

簡易書留以外の送付方法で郵送トラブルが生じた場合には責任は負いません。

提出期限について

提出書類の到着は各受験回の出願締切日までの郵便局受付印のあるものが有効です。各受験回の出願締切日翌日以降の郵便局受付印があるものは受付できません。

受験票

受験票は各受験回の試験日から10日前までに到着するように郵便局から特定記録で郵送します。

受験票が届かない場合

各受験回の試験日10日前（9月試験のみ1週間前）になっても到着しない場合は、学会業務センターまでお電話にてお問い合わせください。

受験願書等不備がある場合

受験票は発送できません。

試験日当日

試験会場

すべて在宅試験となります。

試験セットの受取について

不在の場合は「不在票」が投函されますが、試験当日14時までに受け取りができない場合は無効となります。

郵便局のeお届け通知（LINEでお知らせ）等を利用しての受取日時の変更はしないでください。

受験終了後の提出書類の提出期限

試験日当日または翌日の郵便局消印が有効です。試験日翌々日以降の消印があるものは無効となります。

在宅試験実施概要

- ① 試験セットは郵便局より試験日の午前中に願書記載住所へゆうパックで送付します。試験セットは必ず手渡しとなりますので、試験当日は受験者本人が待機してください。
宅配ボックスでの受け取り不可
- ② 各検定試験の受験時間、注意事項を遵守し受験してください。
- ③ 受験終了後は試験日当日または翌日に、提出書類を指定封筒へ封入し郵便局の書留窓口にて提出してください。
- ④ 指定以外の送付方法で郵送トラブルが生じた場合、責任は負いません。

合否発表

各受験回の合否発表日当日に、協会から合否通知表を、願書記載住所に配達記録の記録がわかるもので送付します。

合否通知が届かない場合

各受験回の合否発表日から必ず7日経過してから、協会業務センターまでお電話にてお問い合わせください。

合否発表方法について

郵送のみとなります。電話、FAX、メールでの問い合わせは一切受付できません。

その他注意事項

送付した書類等の到着の確認

協会では送付された受験願書等の書類が到着しているかどうかについての照合には応じられません。

（郵送時に交付される簡易書留郵便物受領証のお問い合わせ番号により、各自郵便局で確認してください。）

試験受験地について

各種検定・認定試験は日本国内及び在宅試験実施可能地域のみを受験とさせていただきます。

受験規約について

出願の際に、受験規約を遵守する旨を同意する署名が必要です。必ず受験規約をよくお読みの上、同意書へ受験者本人の直筆署名、捺印後願書と一緒にご提出ください。

お体に障がいがある方の受験について

お体に障がいがある方で、受験に際して特別な配慮が必要な方は、お申込み前に必ず13ページをご確認の上、業務センターまでご連絡ください。申請書をお送りいたします。

身体上の障がい等にかかる特別措置

身体上の障がい等により、受験の際に特別措置を希望する方は、特別措置申請書及び必要書類を準備いただき、予め当協会業務センターにお申し出ください。申請書受付後、審査のうえ障がいの状況等に応じて配慮の内容を決定いたします。

提出期限 必ず受験を希望する試験日の願書提出開始日より1ヶ月前までにご提出ください。

特別措置 申請の方法

特別措置を希望する方は、次の書類を提出してください。

- 1: 身体障がい者等受験特別措置申請書
- 2: 身体障がい者手帳、精神障がい者保健福祉手帳等の写し
 - ※ 写し面は、写真の表示がある面とし、写真は判別できる濃度で複写してください。
 - ※ 身体障がい者手帳、精神障がい者保健福祉手帳等の交付を受けていない場合、医師の診断書・意見書でも可。

身体及び精神障がいの状態が身体障がい者手帳、精神障がい者保健福祉手帳等により確認できないまたは判断に困難を要す場合、医師による診断書・意見書をご提出ください。

特別措置 申請の注意事項

- ・ 願書提出後の特別措置申請は受付いたしません。願書とともに特別措置の決定通知の添付が必要なため、願書出願期間前に余裕を持って特別措置の申請を行ってください。
- ・ **受験を希望する試験日の願書提出開始日より1ヶ月以降に申請を行われた場合は、いかなる理由であれ申請はお受けいたしません。**
- ・ **特別措置の有効は申請により許可を受けた試験及び試験日に限ります。**
- ・ **申請の提出がない場合は、いかなる理由であれ特別の配慮はできません。**
- ・ 出願時には出願に必要な書類とともに**当協会より許可を受けた特別措置決定の通知の写し**の添付が必要となります。**特別措置決定の通知の写しの添付がされていない場合は、特別措置の許可を受けた試験及び試験日であっても特別の配慮はできませんので、くれぐれもご注意ください。**

特別措置 申請後

審査の結果、受験にかかる特別措置が認められた場合は、特別措置の決定通知を申請者に送付いたします。受験出願の際は、願書とともに特別措置の決定通知を添付しご提出ください。

※障がいの程度によっては配慮できかねる場合もございます。予めご了承ください。

具体的な特別措置内容

在宅試験

肢体不自由	上肢の機能障がい等で文字の記入に不自由がある場合、試験時間の延長（1.5倍）、ワープロ使用、代筆者による代筆
視覚障がい	弱視等で問題解答に不自由がある場合、試験時間の延長（1.5倍）、問題冊子・解答用紙の拡大、代読者による代読・代筆（※点字での受験はできません。）
知的障がい・発達障がい等	知的障がい・発達障がい等で問題解答に不自由がある場合、試験時間の延長（1.5倍）

特別措置の申請方法

業務センターまでお電話ください。

「医療福祉情報実務能力協会主催 検定・認定試験 身体障がい者等受験特別措置申請書」を送付いたします。

TEL 0948-83-5588

平日：9:00～18:00（土日祝休）

〒820-0206 福岡県嘉麻市鴨生 55

医療福祉情報実務能力協会

協会研究・業務センター 特別措置係

願書・チェックリストの注意事項

●願書は必ず黒のインク又はボールペンで記入してください。（摩擦等で消えるものは不可）

●氏名、住所等は間違えないように記入してください。受験票や試験問題が届かないことがあります。

記入例

ベ ←濁点は1マスに入れてください。 0 3 月 ←1桁の場合は0を入れてください。

あ ○ あ × ← 枠に文字が重ならないようにしてください。

●氏名のフリガナはカタカナで、セイ・メイで分けて記入をしてください。

例 ヤマダ リョウコ

●氏名は、姓・名で分けて記入をしてください。

例 (姓) 山田 (名) 涼子

●年は西暦で記入し、月日が1桁の場合は、前に0を記入してください。

●住所は1段目に都道府県、市区町村を記入してください。
2・3段目に丁目、番地、号等を記入し、丁目、番地、号等の間はハイフン（-）を入れて記入してください。

受験票、合否通知等を送付しますので正確に記入してください。

丁目、番地、号等が2桁以上の数になる場合は、1桁ずつ1マスに記入してください。

例
丁番地・号 3 - 1 1 - 1

4・5段目に、建物名、様方を記入し、5段目に部屋番号を記入してください。

●電話番号などは左詰で記入ください。番地など数字も1マスに1文字記入してください。

2024年度 医療福祉情報実務能力協会主催 実務能力試験
※P14～P15を参照の上、ご記入ください。

氏名 アベ カオル
阿部 薫

生年月日 西暦 1977 03 03 性別 男 女 氏名

〒番 160 0023 市町村 38 区

都道府県 東京都 市区町村 新宿区西新宿

住所 3-2-27
オーチャー第7ビル
4F

電話番号 03 - 5326 - 7785

受験する試験に
- フォームを記入してください。

医師事務作業補助業務実務能力認定試験 → フォームを添付 A B

デジタルケアワーカー検定試験1級

デジタルケアワーカー検定試験2級

住所 建物名 様方
〒番 部屋番号

090 - 1234 - 5678
045 - 1234 - 5678

教育機関名 ○○医療福祉カレッジ
学籍番号 ABC00001

●当協会記載欄となります。この欄には記入しないでください。

●受験する試験に✓をつけてください。併願は2つまで可能です。
(併願を希望する場合は、2つ✓をつけてください)
医師事務作業補助業務実務能力認定試験は、AまたはBどちらかに✓をつけてください。

●平日の昼間に連絡の取れる電話番号を必ず記載してください。

●当協会指定教育機関の受講生は記載してください。

願書・チェックリストの注意事項

受験同意書

医療福祉情報実務能力協会 宛

西暦 年 月 日 (願書提出日)

受験者名 氏

※受験同意書が提出されない場合、受験は認められません。
必ず受験料納付の旨をご確認ください。願書と共に提出してください。
郵送提出は、原則、印刷用紙のみは受付できません。

チェックリスト ※必ずチェック項目をすべておこなってください。

検定・認定試験名	簡易書留	受験料	申込書	必要書類 (コピーを添付してください)
<input type="checkbox"/> 医療事務作業補助業務実務能力認定試験 (検定試験1級)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 写真貼付済写真2枚 (受験料納付後) <input type="checkbox"/> 写真貼付済写真2枚 (検定)
<input type="checkbox"/> メディカルケアワーカー 検定試験1級	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2級合格証書 (1・2級併修の場合は不要)
<input type="checkbox"/> メディカルケアワーカー 検定試験2級	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 写真貼付済写真2枚 <input type="checkbox"/> 写真貼付済写真2枚 (検定)

※検定試験名「検定」は、必要に応じて必ずおこなってください。認定試験「検定」は、おこなってください。

貼付欄

受験料を納付または郵便局にて納付した後、「検定申請書」または「受験票」の写しを併せて取り付けてください。
※4枚の貼付が用意されていますので、予めご了承ください。
なお、貼り付けされていない場合は、受験申し込みの受付はできません。

●願書提出日をご記入ください。

●署名・捺印

捺印の無いものは受付できません。

必ず確認してください。

当パンフレット9～12ページの受験規約
及び注意事項を必ずご確認ください。

●検定名と必要な書類にチェックを入れ、

必要書類が揃っているかをご確認ください。

●受験料の納付後、「振込金領収書」「受領書」、またはATMから印刷

される「ご利用明細票」のコピーをのりで貼り付けてください。

●簡易書留にてご提出ください。

8200206

福岡県嘉麻市鴨生 55

特定非営利活動法人
医療福祉情報実務能力協会
協会研究・業務センター
行

簡易書留

↑出願書類在中↓

<input type="checkbox"/> 医療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2級 <input type="checkbox"/> メディカルケアワーカー1級	受験申込者 氏名 住所 (〒 郵便番号) 〒 郵便番号 〒 郵便番号
---	---

提出の際は
願書提出期間を必ず
ご確認ください。
提出期間外の受付は
できません。

●住所・氏名を記入してください。

●検定名にチェックを入れてください。

医師事務作業補助業務実務能力認定試験 (認定医師秘書)の受験形式について

2022年度、2024年度の法改正に伴い、2024年度試験（第60回、第61回、第62回、第63回）は、二通りの試験内容（A・B方式）で実施をいたします。具体的には以下のとおりです。

第60回、第61回、第62回実施試験

≪A≫の試験は2020年4月の各種法令に基づいた内容の試験

⇒当協会指定教育機関使用テキストの奥付が、2020年7月3日のテキストに沿って出題

≪B≫の試験は2022年4月の各種法令に基づいた内容の試験

⇒当協会指定教育機関使用テキストの奥付が、2023年3月13日のテキストに沿って出題

第63回実施試験

≪A≫の試験は2022年4月の各種法令に基づいた内容の試験

⇒当協会指定教育機関使用テキストの奥付が、2023年3月13日のテキストに沿って出題

≪B≫の試験は2024年4月の各種法令に基づいた内容の試験

⇒当協会指定教育機関使用テキストの奥付が、2024年10月1日のテキストに沿って出題

- ・ご自身が学習されたテキストの奥付日付を確認していただき、学習内容に沿った試験をご受験いただきますよう、お願い申し上げます。
- ・実務経験でご受験される方は、どちらの法令に基づいた問題を回答するか、選択いただきますようお願い申し上げます。

協会指定教育機関使用テキスト奥付確認方法

ご自身がどちらに該当するのか確認する場合は、お使いのテキストの最終ページをご確認ください。



こちらの日付を
ご確認ください。

願書記入方法

願書へ記入の際は、医師事務作業補助業務実務能力認定試験に✓印を記入し、AまたはBのどちらかを選択し、✓印を記入してください。



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

2024年度 医療福祉情報実務能力協会 主催 実務能力試験

※P.14～P.15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 ✓印を記入 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 回答しない
郵便番号 (アラビア数字のみ)	〒 - 歳	年齢 (アラビア数字のみ)
現住所 アパート名、 マンション名、様方等も 必ず記入してください。	都道府県	市区町村
	丁目・番地・号	
	建物名	
	様方・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。	<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助業務実務能力認定試験 ▶ いずれかを選択 <input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B
	<input type="checkbox"/> メディカルケアワーカー検定試験1級
	<input type="checkbox"/> メディカルケアワーカー検定試験2級

※A・Bどちらかに✓を記入してください。
(A・Bの説明については16ページをご確認ください。)

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	-	-
所属先:		内線:	

*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)	

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9～12ページに記載）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。

チェックリスト *□に✓(チェック)を入れてください。

検定・認定試験名	願書	受領書	同意書	必要書類
<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助業務 実務能力認定試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 当協会指定講座修了証 (コピー) <input type="checkbox"/> 当協会指定実務経験証明書 (原本)
<input type="checkbox"/> メディカルケアワーカー 検定試験 1 級	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 級合格証書 (コピー) (1・2 級併願の場合は不要)
<input type="checkbox"/> メディカルケアワーカー 検定試験 2 級	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 当協会指定講座修了証 (コピー) <input type="checkbox"/> 当協会指定実務経験証明書 (原本)

*いずれか一つにチェックをしてください。

* 提出書類が「講座修了証」の場合には、お手元に講座修了証を予め準備の上、お振込み・ご出願ください。

キ
リ
ト
リ

受験料の「振込金領収書」または「郵便振替払込請求書兼受領書」

貼付欄

受験料を銀行または郵便局にて納付した後
 「振込金領収書」または「受領書」のコピーをのりで貼り付けてください。
 (原本の添付の場合お返しできませんので、予めご了承ください)

なお、貼り付けされていない場合は、受験申し込みの受付はできません。

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			
氏名	生年月日	西暦 年 月 日	
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			
通算期間	年 月		
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 〒 -</p> <p>法人名 代表者氏名または責任者 印</p>			