

# 認定試験 受験申込書

以下の通り、受験料を添えて申し込みます。

(※) 欄は必ずご記入ください

申込日： 年 月 日

ふりがな			
氏名(※)	印		
生年月日(※)	昭和	平成	年 月 日
住所(※)	〒 -		
連絡先(※)	日中連絡の取れる電話番号を記入 - -	アドレス(※)	
受験票、結果通知送付先が自宅住所と異なる場合、送付先住所をお書き下さい。			
住所	〒 -		
	送付先が勤務先の場合は会社名	部署名	

科目コード	1	医療事務会計士
	2	介護保険請求事務士
	3	調剤事務会計士
	4	

受験科目	科目コード	2	介護保険請求事務士
	科目コード		

受験日(※)	
--------	--

※受験日は案内に記載された期日をご記入ください。

一般社団法人  
全国専門能力検定協会