

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。

申込日： 年 月 日

ふりがな 氏名(※)	〒		
生年月日(※)	年 月 日	性別(※)	男 ・ 女
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	

受験科目	科目コード	1	医療事務会計士
	科目コード		
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		

受験日(※)	
--------	--

※受験日は案内に記載されて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