

# 第 回 医事能力認定試験受験願書

医事能力認定試験の受験にともない、下記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

医療介護ネットワーク協同組合代表理事 殿

|      |          |      |              |               |      |
|------|----------|------|--------------|---------------|------|
| 受験番号 |          | ※    |              | 受験希望地         |      |
| ※    |          |      |              |               |      |
| フリガナ |          |      |              | (団体受験の場合のみ記載) |      |
| 氏名   | (姓)      | (名)  | 団体名          |               |      |
| 性別   | 1 男 2 女  | 生年月日 | 3 昭和<br>4 平成 | 年             | 月 日生 |
| 住所   | 〒 - 都道府県 |      |              |               |      |
| 電話   | ( )      | 携帯電話 | ( )          |               |      |

※裏面の記載上の注意事項を参照し、太線枠の各項目はすべて記入のうえ、押印もれがないようにしてください。

※下記枠線内の各項目は、学科免除の出願者のみ記入してください。

|        |       |          |   |   |
|--------|-------|----------|---|---|
| 学科合格試験 | 第 回試験 | 学科試験免除番号 | - | - |
|--------|-------|----------|---|---|

----- (きりはなさないでください) -----

## 振替払込受領書貼付票

|   |  |      |   |
|---|--|------|---|
| 氏名  |  | 受験番号 | ※ |
| <b>振替払込受領書</b><br>(ATMの場合は「ご利用明細票」)<br>写し貼付欄                    |  |      |   |
| この線内に受験料 6,480 円<br>(学科免除者は 4,320 円)<br>の振替払込受領書を<br>全面のりづけすること |  |      |   |
| 原本、写しのどちらでも構いませんが、<br>返却はできかねます                                 |  |      |   |

※太線枠の各項目はすべて記入し、受験料の払込に係る証明書の貼付もれがないようにしてください。

## 医事能力認定試験

### 写真票

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 受験番号  | ※                                   |
| 受験希望地   |                                     |
| 氏名  |                                     |
| <b>写真貼付欄</b><br>たて 4.5cm、よこ 3.5cm<br>程度の脱帽・正面上半身<br>のもの<br><br>撮影後 6 ヶ月以内の証明写真<br>写真裏面に氏名・生年月日<br>を記載<br>全面にのりづけし、はが<br>れないように貼り付けて<br>ください | <b>受験状況</b><br>※<br>出<br><br>※<br>欠 |
|   | ※特記欄<br><br>                        |

※太線枠の各項目はすべて記入し、写真の貼付もれがないようにしてください。