

2 0

*受付番号

医師事務作業補助者コース 第 20 期生受講申込書

<写真貼付>

- 縦 4cm×横 3cm
- 本人単身、上半身
正面脱帽カラー
写真(白黒不可)
- 裏面に氏名、生年
月日を記載

<記入に関する注意>

- ・ 写真を必ず貼付けてください
- ・ 黒のボールペンを使用し、楷書体で丁寧に記入してください
- ・ □は黒く塗りつぶしてください (良い例: ■ 悪い例: ☑)
- ・ フリガナの濁点、半濁点は 1 マス使用して記入してください

お名前には旧字体はありますか □ある □ない

※「ない」の場合は新字体での登録となります。

※旧字体は証状発行時のみに使用します。(通常の郵便物等は新字体となります)

申込書記入日 2 0 1 9 年 月 日

	姓	名	捺印
フリガナ(カタカナ記入)			印
氏名 (旧字体は正確に記入してください)			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日(西暦)	年	月	日
最終学歴	<input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院	最終学歴学校名	
卒業年月日(西暦)	年	月	日
診療情報管理士	認定番号	※認定者のみ記入	
	通信教育受講番号	※受講者のみ記入	
希望会場	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 岩手 <input type="checkbox"/> 福岡		
郵便物送付先(1つ選択)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
日中電話連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		
* 個人情報については、「日本病院会における個人情報保護方針」に基づき、通信教育に関連する業務に限り使用します。 「日本病院会における個人情報保護方針」に同意の上、記入してください。(https://www.hospital.or.jp/privacy/)			

自宅住所	〒		-			
マンション・アパート名						
自宅電話番号			-		-	
携帯番号			-		-	
自宅 e-mail	@					

勤務先(派遣先)名						
勤務先(派遣先)所属						
勤務先(派遣先)住所	〒		-			
勤務先(派遣先)電話番号			-		-	
勤務先(派遣先)e-mail	@					
派遣元会社名 *派遣社員の場合のみ記入						