



実務能力検定試験 団体受験申込書

(フリガナ) 団体名			
団体所在住所	〒		
連絡先	TEL :	Fax :	
団体受験実施責任者	氏名	印	
E-mail	@		
検定試験実施日	平成	年	月 日 実施
申込種別	1. 新規申込 () 人 2. 追加申込 () 人 総申込人数 () 人		
受験 検定 試験 受験 者 数	医療事務実務士® 1級	() 人	×8,500 円= 円
	医療事務実務士® 2級検定	() 人	×7,500 円= 円
	医療秘書実務管理士 TM 1級	() 人	×8,500 円= 円
	医療秘書実務管理士 TM 2級	() 人	×7,500 円= 円
	調剤事務実務士®	() 人	×7,500 円= 円
	介護事務実務士®	() 人	×7,500 円= 円
割 引 額	事務連絡諸経費 (-10%) (受験者総数5名から) = 円		
	----- 団体受験会場設営経費 (受験者総数10名から) = 円		
振 込 金	前納 (月 日 銀行振込) 合計= 円		
協会への連絡事項			

「団体受験を希望される団体責任者の方へ」および「受験規約」に同意し申し込みします。

申込日：平成 年 月 日

【振込先】 福岡銀行 稲築支店 普通口座 1127655

名義人：医療福祉情報実務能力協会

【送付先】 医療福祉情報実務能力協会本部事務局

〒160-0023 東京都新宿区西新宿3-2-27 オーチュー第7ビル4F

TEL : 03-5326-7784 FAX : 03-5326-7786 (※原本郵送必須) E-mail : info@medin.gr.jp