

_____年 ____月 ____日

技能認定振興協会 行

技能認定試験 受験要領送付依頼書

下記の通り受験要領を希望いたします。

受験科目	必要部数
医科医療事務管理士技能認定試験(医科)	部
歯科医療事務管理士技能認定試験(歯科)	部
介護事務管理士技能認定試験(介護)	部
調剤事務管理士技能認定試験(調剤)	部
ホスピタルコンシェルジュ検定試験(HC)	部
医師事務作業補助者検定試験(DA) [ドクターズオフィスワーク アシスト検定試験]	部
DPC/PDPS初級検定試験(DPC)	部
医科クリニック事務管理士検定試験(医CL)	部
在宅診療報酬技能認定試験(在宅)	部
労災事務管理士技能認定試験(労災)	部
ウェルフェア・コンシェルジュ初級検定試験(WF)	部

※()内は略称

団体名	
担当者名	
住所	〒
電話番号	