

日医総研日医IT認定インストラクター
受 験 応 募 (控)

※の欄は記入しないで下さい。

受験者番号 ※				受験日 ※				受付日 ※				
氏 名	姓	名	性別	生年（西暦）				月		日		年齢
	(フリガナ)		1. 男	1	9							才
			2. 女									
現住所	〒											
	電話番号（ハイフンで繋ぐ）											
連絡用E-mail	* 連絡はメールで行いますので、必ず記入して下さい。合格した際には登録されます。 * 携帯メールアドレス、共用メールアドレス不可											
勤務先	(フリガナ)										所属	
	名称											
	所在地 〒											
	電話番号（ハイフンで繋ぐ）											
	FAX番号（ハイフンで繋ぐ）											
	医師会への所属の有無（会員・職員を含め） 有（ ） 医師会）・ 無											
認定サポート事業所 への所属 〔該当する番号に○印 を付けた上、事業所番 号・事業所名を記入〕	1. 現在所属している（以下に記入） 2. 現在所属していない											
	認定事業所番号				認定サポート事業所名							
請求書・認定証など の送付先 〔該当する番号に○印を 付けた上、現住所・勤務 先と異なる場合は記入〕	1. 勤務先に同じ 2. 現住所に同じ 3. その他（以下に記入）											
	住所：〒											
	送付先名称（会社名等）：											
電話番号（ハイフンで繋ぐ）												
職種 〔該当する番号に○印〕	1. システムエンジニア 2. インストラクター 3. 医師											
	4. 病院・診療所職員 5. その他（ ）											
併願の有無	「認定システム主任者」同時受験の有無 有 ・ 無											
日医IT認定資格	認定システム主任者資格保有者は認定者番号を記入ください：											
受験条件等 の確認	1. 受験条件を満たしていますか？ はい・いいえ											
	2. 認定受験者募集要項の内容について了解しましたか？ はい・いいえ											

* 取得した個人情報は認定制度運用以外の目的に使用いたしません。