

日医総研日医IT認定システム主任者
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 ※			受付番号 ※	
氏 名	姓	名	性別	生年（西暦）	月	日	年齢
	（フリガナ）		1. 男	19			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	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	1. 勤務先に同じ 2. 現住所と同じ 3. その他（以下に記入）						
	送付先名称（会社名等）：						
	住所：〒						
	電話番号（ハイフンで繋ぐ）						
職種	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	「認定インストラクター」同時受験の有無 有 ・ 無						
日医IT認定資格	認定インストラクター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。