

※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 2. 女	1	9			
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 <small>(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)</small>	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 <small>(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)</small>	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 <small>(該当する番号に○印)</small>	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		

【個人情報のお取り扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は、認定事業に関するご質問、ご相談、お問い合わせへの対応のために利用します。

法令に基づく場合を除いて、ご本人様の同意なく当個人情報を第三者に提供することはありません。

上記利用目的達成のため一部業務を委託する場合があります。

個人情報のご記入は任意ですが、ご記入いただけない項目がある場合、最適なお回答ができない場合があります。

以上にご同意の上お申し込みください。

■お問合せ先（個人情報保護管理者）： 事業推進部 部長(delegate@orcamo.co.jp)