

2019 年度 医師事務作業補助者研修 受講申込書

受付日*	受付番号*	受講番号*
/		

※当センター記入欄

太枠内を正確に記入してください。

記入日 月 日

ふりがな				性別	男 ・ 女	顔写真 縦 4cm×横 3cm * 申込時不要 開講日持参
氏 名				生年月日	西暦 年 月 日	
施 設 名				年齢	2019 年受講現在 歳	
職 種		職 位		実務経験月数	通算	ヶ月
カルテの種類	紙カルテ ・ オーダリング ・ 電子カルテ					
書類送付先	施 設 ・ 自 宅 (どちらか○で囲んでください)					
連 絡 先 (すべて記入)	施 設	〒 —				
		TEL : — — (内線)				
		直通または内線 : (直通)				
	部署 (病棟名、フロア名) :					
自 宅	〒 —					
	TEL : — — 携帯 :					
※アドレス	(施設と自宅のどちらかで連絡のつくアドレスを記入してください。)					

医師事務作業補助業務への関わりについて、当てはまるものを○で囲んでください。

- 1 専従の医師事務作業補助者 (医師事務作業補助業務のみに従事)
- 2 専任 (兼任) の医師事務作業補助者 (医師事務作業補助以外の業務にも従事)
- 3 医師事務作業補助者になる予定
- 4 業務に従事する予定はないが関心がある
- 5 その他 (

【個人情報の取り扱い】 提出された個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、これ以外の目的では使用いたしません。