受験申込書

選考職種	診療情報管理士

※職種を記入してください。

受験番号	

私は、選考案内に記載されている受験資格をすべて満たしており、この申込書に記載した事項に相違ありません。

写　真
・上半身、脱帽、正面向で、半年以内に撮影したもの。 ・※6　写真データを 貼付してください。

ふりがな		性別	男性・女性
氏　名			
生年月日	西暦　　年　　月　　日　生	年度末年齢	歳
現住所	〒		
	電話番号		
	ＦＡＸ番号		
	緊急連絡先		
	メールアドレス **【記載必須】**		

最終学歴	学歴区分	学校名	学部・学科名	卒業等年月			
				西暦	年		月
				□卒業　□修了　□中退			

現勤務先	現在の勤務先名	雇用形態	業務内容（（例）「検査業務」等）

免許・資格	免許・資格名	取得年月日						取得区分
		西暦	年		月		日	□取得　□取得見込
		西暦	年		月		日	□取得　□取得見込
		西暦	年		月		日	□取得　□取得見込
		西暦	年		月		日	□取得　□取得見込
		西暦	年		月		日	□取得　□取得見込

通勤時間	分程度	扶養家族（配偶者除く）	人	配偶者	有・無	配偶者の扶養義務	有・無
勤務開始可能日	年　　月　　日						
受験上の配慮を要する事項（車椅子の使用等）の有無						有・無	