

東近江行政組合会計年度任用職員採用試験受験申込書

令和 年 月 日

職 種	休日急患診療所 医療事務（パートタイム）
ふりがな 氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳）
現住所	〒 ー
連絡先	電話
	携帯電話
有する医療事務 の資格	次のうち該当する資格に☑マークしてください。 <input type="checkbox"/> 医療事務技能審査試験[メディカルマーク]（日本医療教育財団） <input type="checkbox"/> 医療事務管理士技能認定試験（技能認定振興協会） <input type="checkbox"/> 診療報酬請求事務能力認定試験（日本医療保険事務協会）