

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会

2019年度

医業経営管理能力検定試験申込書(願書)

申込日 令和元年 月 日

受験番号	
------	--

フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 () 歳
大学名	
現住所	〒 — TEL _____ FAX _____ Mobile _____ E-Mail _____

* 太枠内のみご記入下さい。また、本紙にご記入いただいた個人情報につきましては、当協会の利用目的以外には使用いたしません。なお、年齢は申込日現在で記入下さい。

「2019年度 医業経営管理能力検定試験」振込通知書

締切日：11/8（金）必着

受験日 令和元年11月23日（土）

●受験者（受験料は下記参照）

氏名	フリガナ
指定校名	
連絡先（昼間連絡の付く連絡先） Tel	

医業経営管理能力検定試験受験料 5,000円（税込）

【受講料のお振込みについて】 ・原則として、下記のいずれかの口座にお振込みのうえ、下記情報と共にお申込ください。 * 「受験される方のお名前」および「受験料」とご記入ください。 * 振込手数料はご負担ください。一旦振込まれた受験料等は、原則として返還しません。		
振込予定のいずれかの口座を○で選んでください。【必須】 お振込みの際は、通信欄で受験者のお名前と大学名・試験年月日をお知らせください。		
A 郵便振替口座	B ゆうちょ銀行	C 三菱UFJ銀行
00140-8-549669	〇一九(ゼロイチキウ)店 当座預金口座 0549669	市ヶ谷(イチガヤ)支店 普通預金口座 0524761
【口座名】 公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会		
振込日(予定) 【必須】	令和 年 月 日(令和元年11月8日までのお振込みをお願いいたします。)	
振込人名義 【必須】		
その他ご連絡事項		

※本紙をFAXにてお送りくださいますようお願いいたします。

【個人情報の取り扱いについて】

個人情報は、当協会個人情報保護方針に基づき、安全かつ厳密に管理します。

詳細は当協会ホームページのプライバシーポリシー（<http://www.jahmc.or.jp/cgi-bin/privacy/>）をご確認ください。

●お振込み前に医業経営管理能力検定試験申込書をFAXでお送りくださいますようお願いいたします。

お問い合わせ先：公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会 事務局 総務部 総務課
〒102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル5階
フリーコール：0088-21-6996 TEL：03-5275-6996 FAX：03-5275-6991