

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会

令和5年度

医業経営管理能力検定試験申込書(願書)

申込日 令和5年 月 日

受験番号	
------	--

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

* 太枠内のみご記入下さい。

【個人情報の取り扱いについて】

本検定試験のお申込みにより取得した個人情報は、当協会個人情報保護方針に基づき利用し、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 (<https://www.jahmc.or.jp/privacy/>) をご確認ください。

「令和5年度 医業経営管理能力検定試験」振込通知書

締切日：11/2(木) ※必着

受験日 令和5年12月2日(土)

●受験者(受験料は下記参照)

フリガナ		問合せ先	TEL :
氏名			
指定校名			

≪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(ゼロイチキュウ)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)	令和5年 月 日 ※令和5年11月2日までのお振込みをお願いいたします	
【必須】		
振込人名義		
【必須】		
その他ご連絡事項		

●お振込み前に医業経営管理能力検定試験申込書を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 総務部 経理課
 〒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
 TEL : 03-5275-6996 (フリーコール : 0088-21-6966) / FAX : 03-5275-6991