

証明書申請

FAX送信用紙

年 月 日

送信先：.....様	発信元：一般社団法人日本病院会教育課 〒102-8414 千代田区三番町 9-15 TEL: 03-5215-6647 FAX: 03-5215-6648 e-mail: shinryo@hospital.or.jp
送信枚数： _____ 枚 (この頁を含む)	

※下記事項①～⑨に記入のうえ、メールかFAXにて返信ください。

証明書発行願 (医師事務作業補助者基礎研修修了証明書を除く)

2023.5

証明内容 ☑と該当へ○	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士認定証明 <input type="checkbox"/> 診療情報管理士通信教育 受講証明 or 修了証明 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者コース 受講証明 or 修了証明 <input type="checkbox"/> DPCコース 受講証明 or 修了証明 <input type="checkbox"/> 腫瘍学分類コース 受講証明 or 修了証明
フリガナ ①氏名	(旧姓：)
②生年月日 (和暦)	年 月 日
③受講番号	
④送付先住所	〒 ※勤務先の場合は所属までご記入ください
⑤連絡先 電話番号	【ご自宅・携帯・勤務先】 いずれかに✓をしてください
⑥メールアドレス	

発行手数料の納入について (振込手数料は振込人負担でお願いします)

⑦振込人名義 (カナ) 上記申請者と違う場合のみ	
⑧振込日 (西暦)	年 月 日
⑨振込金額	円(1,000円/通)

<銀行振込口座>

みずほ銀行 麹町支店(普) 口座番号 1101661
一般社団法人 日本病院会 通信教育部

【問合せ・送付先】

〒102-8414 東京都千代田区三番町 9-15
一般社団法人日本病院会 教育課 宛
TEL:03-5215-6647 FAX:03-5215-6648