

お申し込みフォーム

申し込み内容を入力してください。
*指示のないものは、全て全角で入力してください。

氏名 必須	姓： <input type="text" value="診療"/> 名： <input type="text" value="花子"/> 例) 日病 例) 太郎
氏名旧字体の有無 必須	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり *旧字体が氏名欄に入力できなかった方のみ「あり」にチェックしてください。 *旧字体は証状発行時のみ使用します。(通常の郵便物等は新字体となります。) *「あり」の方は、該当の字の手書きの写真をこちらにアップロードしてください。または、該当の字を書いた紙をFAXにて送信してください。(FAX番号：03-5215-6648) 旧字体の送信： <input type="button" value="ファイルを選択"/> 選択されていません
氏名カナ(姓) 必須	<input type="text" value="シンリョウ"/> 例) ニチビョウ
氏名カナ(名) 必須	<input type="text" value="ハナコ"/> 例) タロウ
受講者証明写真 必須	<input type="button" value="ファイルを選択"/> pict_sample.jpg 受講者証明写真を選択してください。 *カラー写真を選択してください。(白黒不可) *申込日から3ヶ月以内に撮影したものを使用してください。 *本人単身で、胸から上を撮影してください。 *10MB以上のファイルはアップロードできません。 *ファイルサイズが大きいとアップロードに時間がかかる場合があります。 *【iPhone/iPad】で写真がアップロードできない場合は、一時的に「設定」アプリの「カメラ」→「フォーマット」で「互換性優先」にチェックをいれた状態でもう一度撮影し、その写真をアップロードしてください。 その他規定
性別 必須	<input type="radio"/> 男性 <input checked="" type="radio"/> 女性
生年月日 必須	1990 年 2 月 5 日
郵便番号 必須	<input type="text" value="102-8414"/> <input type="button" value="住所検索"/> 半角数字をハイフン区切りで入力してください。 例) 123-4567 *[住所検索]ボタンは処理に時間がかかる場合があります。
自宅住所1(都道府県) 必須	<input type="text" value="東京都"/>
自宅住所2(市区町村) 必須	<input type="text" value="千代田区"/> 例) 品川区
自宅住所3(町名番地) 必須	<input type="text" value="三番町9丁目15番"/> 例) 西五反田2丁目11番8号
自宅住所4(建物名、部屋号数)	<input type="text" value="ホスピタルプラザビル"/> *部屋号数は必ず入力してください

電話番号 **必須**

必ずどちらかに入力してください。

自宅： 03-XXXX-XXXX

携帯： 090-XXXX-XXXX

半角数字をハイフン区切りで入力してください。
例) 03-XXXX-XXXX

メールアドレス

ga20210930@gmail.com

お申込後にメールアドレスを変更する場合、お問い合わせください。

勤務先

勤務先名： 一般社団法人 日本病院会 例) 学研病院

所属： 通信教育課 例) 看護部

*現在お勤めの施設名をご入力ください。

勤務先郵便番号

102-8414

住所検索

半角数字をハイフン区切りで入力してください。
例) 123-4567
*[住所検索]ボタンは処理に時間がかかる場合があります。

勤務先住所 1 (都道府県)

東京都

勤務先住所 2 (市区町村)

千代田区

例) 品川区

勤務先住所 3 (町名番地)

三番町9丁目15番

例) 西五反田2丁目11番8号

勤務先住所 4 (建物名、部屋号数)

ホスピタルプラザビル

例) 学研ビル6階
*部屋号数は必ず入力してください

勤務先電話番号

03-XXXX-XXXX

内線： 1234

電話番号：半角数字をハイフン区切りで入力してください。
例) 03-XXXX-XXXX
内線番号：半角数値を入力してください。
例) 2130

派遣元会社名

学研メディカルサポート

*派遣されている方は、派遣元の会社名をご記入ください

専門課程編入資格の免許証登録

必須

*専門課程に編入する場合は、必ず取得日・番号を入力してください。
*資格が複数ある場合は、どれか一つを選択し、残りを「医療に関する免許・資格」に入力してください。
*保健師・助産師の資格がある方は、「医療に関する免許・資格」に入力してください。

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> なし | <input type="radio"/> 医師 | <input type="radio"/> 歯科医師 |
| <input checked="" type="radio"/> 看護師 | <input type="radio"/> 薬剤師 | <input type="radio"/> 診療放射線技師 |
| <input type="radio"/> 臨床検査技師 | <input type="radio"/> 理学療法士 | <input type="radio"/> 作業療法士 |
| <input type="radio"/> 視能訓練士 | <input type="radio"/> 言語聴覚士 | <input type="radio"/> 歯科衛生士 |
| <input type="radio"/> 歯科技工士 | <input type="radio"/> 臨床工学技士 | <input type="radio"/> 義肢装具士 |
| <input type="radio"/> 救急救命士 | <input type="radio"/> あんまマッサージ指圧師 | <input type="radio"/> はり師 |
| <input type="radio"/> きゆう師 | <input type="radio"/> 柔道整復師 | |

取得日： 2015 年 4 月 16 日

番号：第 01234567 号

半角数字を入力してください。
例) 12345678

資格の免状の写真 **必須**

ファイルを選択 看護師免許.png

文字が判別できる写真をお使いください。

医療に関する免許・資格

*一行目から間を開けずに入力してください。
*入力欄が足りない場合は[免許・資格を追加する]ボタンを押して追加してください。

2017 年 3 月 名称： 医師事務管理士

選択なし 年 選択なし 月 名称：

選択なし 年 選択なし 月 名称：

免許・資格を追加する

例) 2018年3月 診療報酬請求事務能力認定
*入力欄の追加は処理に時間がかかる場合があります。

学歴 **必須**

*一行目から間を開けずに入力してください。
*入力欄が足りない場合は[学歴を追加する]ボタンを押して追加してください。

2010 年 4 月 名称： サンプル高等学校 入学

入力例) ●●高校入学、●●専門学校入学等

2013 年 3 月 名称： サンプル高等学校 卒業

入力例) ●●高校卒業、●●専門学校卒業等

2013 年 4 月 名称： サンプル大学サンプル学部 入学

2018 年 3 月 名称： サンプル大学サンプル学部 卒業

学歴を追加する

*例) 「20XX-04 ○○高校 入学」「20XX-03 ○○高校 卒業」「20XX-04 ××専門学校 入学」「20XX-08 ■■学校 退学」
*高校入学より、時系列にて入力してください。
*入力欄の追加は処理に時間がかかる場合があります。

職歴 **必須**

*一行目から間を開けずに入力してください。
*入力欄が足りない場合は[職歴を追加する]ボタンを押して追加してください。

2018 年 4 月 名称： サンプル病院 入職

2018 年 6 月 名称： サンプル病院 退職

2018 年 6 月 名称： 一般社団法人 日本病院会

職歴を追加する

例) 「○○病院 入職」「○○病院 退職」
*入力欄の追加は処理に時間がかかる場合があります。

現在の仕事内容	<input checked="" type="checkbox"/> 診療情報管理(医療情報) <input type="checkbox"/> 総務 <input type="checkbox"/> 会計(経理) <input type="checkbox"/> 人事労務管理 <input type="checkbox"/> 施設管理 <input type="checkbox"/> 地域連携 <input type="checkbox"/> 医事 <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> 用度 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="text" value="医療関係"/> 例) 医療関係
郵送物送付先 必須	<input type="radio"/> 勤務先 <input checked="" type="radio"/> 自宅 ※勤務先を選択する場合は勤務先(派遣先)情報を必ず入力してください。
日中連絡先 必須	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯
個人情報の取り扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の取り扱いに同意する場合はチェックしてください 個人情報の取り扱いに関する同意書(日本病院会) 個人情報の取り扱いに関する同意書(学研メディカルサポート)

入力内容を確認する