

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="太郎"/> 例) 学研 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="参照..."/> ファイルが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) ガッケン
氏名カナ(名) 必須	<input type="text" value="タロウ"/> 例) タロウ
受講者証明写真 必須	<input type="button" value="参照..."/> pict_sample.jpeg 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。 その他規定 
性別 必須	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
生年月日 必須	<input type="text" value="1990"/> 年 <input type="text" value="2"/> 月 <input type="text" value="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： <input type="text" value="01-2222-3333"/> 携帯： <input type="text" value="090-1234-5678"/> 半角数字をハイフン区切りで入力してください。 例) 03-1234-5678

メールアドレス	ga20210930-1@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： <input type="text" value="一般社団法人 日本病院会"/> 例) 学研病院 所属： <input type="text" value="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	<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。
勤務先住所1 (都道府県)	<input type="text" value="東京都"/>
勤務先住所2 (市区町村)	<input type="text" value="千代田区"/> 例) 品川区
勤務先住所3 (町名番地)	<input type="text" value="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)	<input type="text" value="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	<input type="text" value="03-1234-5678"/> 内線： <input type="text" value="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) 03-1234-5678 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	<input type="text" value="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 checked="" type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 臨床検査技師 <input type="radio"/> 視能訓練士 <input type="radio"/> 歯科技工士 <input type="radio"/> 救急救命士 <input type="radio"/> きゅう師 <input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 薬剤師 <input type="radio"/> 理学療法士 <input type="radio"/> 言語聴覚士 <input type="radio"/> 臨床工学技士 <input type="radio"/> あんまマッサージ指圧師 <input type="radio"/> 柔道整復師 <input type="radio"/> 歯科医師 <input type="radio"/> 診療放射線技師 <input type="radio"/> 作業療法士 <input type="radio"/> 歯科衛生士 <input type="radio"/> 義肢装具士 <input type="radio"/> はり師 取得日： <input type="text" value="2015"/> 年 <input type="text" value="4"/> 月 <input type="text" value="16"/> 日 番号：第 <input type="text" value="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	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 参照... 看護師免許.PNG </div> <p>文字が判別できる写真をお使いください。</p>												
医療に関する免許・資格 <small>*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。</small>	<div style="margin-bottom: 5px;"> 2017 ▼ 年 3 ▼ 月 名称: 医療事務管理士 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 選択なし ▼ 年 選択なし ▼ 月 名称: </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 選択なし ▼ 年 選択なし ▼ 月 名称: </div> <div style="margin-bottom: 5px; text-align: center;"> 免許・資格を追加する </div> <p><small>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。</small></p>												
学歴 必須 <small>*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。</small>	<div style="margin-bottom: 5px;"> 2010 ▼ 年 4 ▼ 月 名称: サンプル高等学校 入学 <small>入力例) ●●高校入学、●●専門学校入学等</small> </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 2013 ▼ 年 3 ▼ 月 名称: サンプル高等学校 卒業 <small>入力例) ●●高校卒業、●●専門学校卒業等</small> </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 2013 ▼ 年 4 ▼ 月 名称: サンプル大学サンプル学部 入学 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 2018 ▼ 年 3 ▼ 月 名称: サンプル大学サンプル学部 卒業 </div> <div style="margin-bottom: 5px; text-align: center;"> 学歴を追加する </div> <p><small>*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。</small></p>												
職歴 必須 <small>*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。</small>	<div style="margin-bottom: 5px;"> 2018 ▼ 年 4 ▼ 月 名称: サンプル病院 入職 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 2018 ▼ 年 6 ▼ 月 名称: サンプル病院 退職 </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> 2018 ▼ 年 6 ▼ 月 名称: 一般社団法人 日本病院会 入職 </div> <div style="margin-bottom: 5px; text-align: center;"> 職歴を追加する </div> <p><small>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。</small></p>												
現在の仕事内容	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 診療情報管理(医療情報)</td> <td><input type="checkbox"/> 総務</td> <td><input type="checkbox"/> 会計(経理)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 人事労務管理</td> <td><input type="checkbox"/> 施設管理</td> <td><input type="checkbox"/> 地域連携</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 医事</td> <td><input type="checkbox"/> DPC</td> <td><input type="checkbox"/> 用度</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 医師事務作業補助</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> その他</td> <td>医療関係</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><small>例) 医療関係</small></p>	<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	医療関係
<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	医療関係											
郵送物送付先 必須	<p><input type="radio"/> 勤務先 <input checked="" type="radio"/> 自宅</p> <p><small>※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。</small></p>												
日中連絡先 必須	<p><input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯</p>												
個人情報の取り扱い	<p><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</p> <p>個人情報の取り扱いに関する同意書(日本病院会)</p> <p>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)</p>												

入力内容を確認する