（様式1）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

**認定校申請書**

一般財団法人

日本病院管理教育協会

理事長　櫻井 通義　殿

学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　校印

所在地

代表者名

一般財団法人日本病院管理教育協会の趣旨に賛同し下記により、

平成　　年度 一般財団法人日本病院管理教育協会の認定を受けたく申請いたします。

記

1. 認定申請学科名（下記、ご希望の学科に〇をお願いいたします）

（　　）医事管理士

（　　）医療情報事務士

　　（　　）病歴記録管理士

　　（　　）介護保険事務管理士

1. 認定申請代表者名

３．平成　　年度申請予定者数　　　　　　　　　　　　　　名

1. 連絡先

事務担当者

電話／ＦＡＸ番号