

様式 3

### 実務経験確認票

◎以下の資格等により、医療事務Aに登録される方については、必ず提出してください。

- C) 一般社団法人日本医療教育財団が主催し平成 23 年2月までに実施された2級医療事務技能審査試験に合格した者であって、100床以上の病院において、医療事務職員として1年以上の実務経験（週 20 時間以上の勤務期間に限る）を有する者

◎100 床以上の病院における医療事務職員としての実務経験を下表に記入してください。（週 20 時間以上の勤務期間に限る。）

勤務期間	病院名	部署名	業務内容
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			

※ 行が不足する場合は、別紙でも可