

実務経験申告書

平成 年 月 日

三田市民病院 あて

住所: _____

氏名: _____ 印

みだしのことについて、診療情報管理士業務に関する実務経験について以下のとおり相違ないことを申告します。

勤務先の病院名	従事した期間	所属部署の 名称と役職名	雇用形態
所在地			(○で囲んでください)
①	昭・平 年 月 から		正規 ・ パート
			派遣 ・ 委託
	昭・平 年 月 まで		その他 ()
②	昭・平 年 月 から		正規 ・ パート
			派遣 ・ 委託
	昭・平 年 月 まで		その他 ()
③	昭・平 年 月 から		正規 ・ パート
			派遣 ・ 委託
	昭・平 年 月 まで		その他 ()
④	昭・平 年 月 から		正規 ・ パート
			派遣 ・ 委託
	昭・平 年 月 まで		その他 ()
⑤	昭・平 年 月 から		正規 ・ パート
			派遣 ・ 委託
	昭・平 年 月 まで		その他 ()

(注) 複数の欄が必要な場合は、この用紙をコピーしてください。