

診療情報管理士業務・診療報酬請求業務・DPC業務の実務経験申告書(1/2)

平成 年 月 日

三田市民病院事業管理者 佐野博志様

住所

氏名

印

みだしの件について、診療情報管理士業務、診療報酬請求業務及びDPC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	勤務先の所在地	従事した期間	所属部署の名称と役職名	担当業務内容 (○で囲む)	雇用形態 (○で囲むこと)
①		昭・平 昭・平 年 年で 月から 月まで		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
②		昭・平 昭・平 年 年で 月から 月まで		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
③		昭・平 昭・平 年 年で 月から 月まで		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
④		昭・平 昭・平 年 年で 月から 月まで		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
⑤		昭・平 昭・平 年 年で 月から 月まで		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
⑥		昭・平 昭・平 年 年で 月から 月まで		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・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。
実務経験の要件

- ① 診療情報管理士の実務経験を概ね1年以上有すること(必須)
- ② 診療報酬請求業務の実務経験を概ね1年以上有すること(必須)
- ③ DPC業務の実務経験を概ね1年以上有すること(準備病院も含む)

診療情報管理士業務・診療報酬請求業務・DPC業務の実務経験申告書(2/2)

平成 年 月 日

三田市民病院事業管理者 佐野博志様

住所

氏名

印

みだしの件について、診療情報管理士業務、診療報酬請求業務及びDPC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	勤務先の所在地	従事した期間	所属部署の名称と役職名	担当した業務内容(○で囲むこと)	雇用形態(○で囲むこと)
⑦		昭・平 昭・平 年 年 で 月から 月 ま		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
⑧		昭・平 昭・平 年 年 で 月から 月 ま		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
⑨		昭・平 昭・平 年 年 で 月から 月 ま		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
⑩		昭・平 昭・平 年 年 で 月から 月 ま		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
⑪		昭・平 昭・平 年 年 で 月から 月 ま		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・その他()
⑫		昭・平 昭・平 年 年 で 月から 月 ま		①診療情報管理士、②診療報酬請求、③DPC、④他()	正 規・パート・派遣・委託・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。
実務経験の要件

- ① 診療情報管理士の実務経験を概ね1年以上有すること(必須)
- ② 診療報酬請求業務の実務経験を概ね1年以上有すること(必須)
- ③ DPC業務の実務経験を概ね1年以上有すること(準備病院も含む)