

基本的臨床能力評価試験

スコアレポート（成績通知書）再発行依頼書

<お申し込みの際の注意事項>

- スコアレポート（成績通知書）の再発行の対象は、**試験日から2年以内のものに限ります。**
- 「スコアレポート（成績通知書）再発行依頼書」に必要事項を明記し、申請責任者及び申請担当者の記名押印の上、下記いずれかの方法でお送りください。
- スコアレポート1部につき550円（税込）の発行手数料がかかります。お振り込みの確認が取れ次第、スコアレポートの発行いたしますので、予めご了承ください。

<送付先>

F A X : 03-6431-8241

E-Mail : info@jamep.or.jp (PDFデータを添付してお送りください。)

郵 送 : 〒141-0032 東京都品川区大崎1-19-10 大崎KIビル6F
特定非営利活動法人日本医療教育プログラム推進機構 事務局

<お振込先>

金融機関名 : PayPay 銀行 すずめ支店 (店番号002)

口座番号 : 普通 3672839

口座名義 : トクヒ)ニホンイリョウキョウイクプログラムスイシンキコウ

※振込名義は医療機関名を入力してください。

※振込手数料はご負担くださいますようお願いいたします。

※弊社にて本依頼書の到着確認とお振込確認後に、スコアレポートの発行処理を行います。

スコアレポート（成績通知書）再発行依頼書

医療機関名		
研修管理責任者	氏名	
	役職	
研修プログラム責任者	氏名	
	役職	
申請担当者名	氏名	
	部署・役職	
住所（送付先住所）		
電話		（内戦： ）
メールアドレス		

※全ての項目に記入してください。

発行依頼内容

1	対象試験	試験実施日： 年 月
	レポート種類・数量	<input type="checkbox"/> 成績通知書（医療機関） _____ 部 <input type="checkbox"/> 成績通知書（受験者別成績一覧） _____ 部 <input type="checkbox"/> 成績通知書（個人） _____ 名分
	合計部数	_____ 部 ×550 円（税込）
	発行形態	<input type="radio"/> 印刷物（郵送） <input type="radio"/> PDF データ（Email 送付）
2	対象試験	試験実施日： 年 月
	レポート種類	<input type="checkbox"/> 成績通知書（医療機関） _____ 部 <input type="checkbox"/> 成績通知書（受験者別成績一覧） _____ 部 <input type="checkbox"/> 成績通知書（個人） _____ 名分
	合計部数	_____ 部 ×550 円（税込）
	発行形態	<input type="radio"/> 印刷物（郵送） <input type="radio"/> PDF データ（Email 送付）

上記の通り、スコアレポート（成績通知書）の再発行を依頼いたします。

記入日： 年 月 日

申請責任者（研修管理責任者）： 印

申請担当者： 印

※申請責任者と申請担当者の記名押印をお願いいたします。認印で結構です。