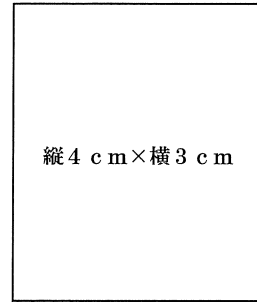


第12回「認知症予防支援相談士」資格認定試験

【受験願書】



開催日	2017.7.22
試験会場	A：東京会場(港区芝:田町スクエア) B：大阪会場(大阪府社会福祉会館)

試験会場(AまたはB) いずれかに○印を付けてください

フリガナ	※			
氏名	※			
性別	※	男	・	女
生年月日(西暦)	※	年	月	日
郵便番号	※	〒	—	
現住所	※			
連絡先(自宅or携帯)	※	自宅 ()	—	
		携帯 ()	—	
FAX 番号		()	—	
職業				
e-mail				

ご本人確認のため、必ず「証明写真」を所定箇所に貼ってください。

- 1) 縦4cm×3cmサイズ 2) 無帽、正面向きのもの
- 3) 過去3か月以内に撮影のもの 4) 不鮮明・不適切な写真は受理できません

※部分は、必ずご記入ください

〒108-0014 東京都港区芝5-26-20建築会館3F
TEL:03-5443-0411, FAX:03-5443-0412
一般財団法人 国際技能・技術振興財団 事務局

◆「受験票」用 封筒のご準備について

記入例



82円切手をご用意
ください

「受験票」の
ご送付先住所を
ご記入ください

