

第17回「認知症予防支援相談士」資格認定試験

【受験願書】

縦4cm×横3cm

開催日	2020.1.25
試験会場	A：東京会場(港区芝:リロ会議室) B：大阪会場(大阪府社会福祉会館) C：名古屋(アイ.エム.ワイ)

試験会場(A～C) 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

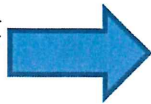
TEL:03-5443-0411, FAX:03-5443-0412

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

84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

