

健康管理能力検定 受験申込書

私は、下記の【個人情報の取扱いについて】に同意の上、健康管理能力検定の受験を申し込みます。

◎お申込みになる項目を選び、○印をご記入ください。

【受験内容】

<input type="checkbox"/>	1級受験
	5,500円

◎ご希望の受験日・受験会場をご記入ください。

試験会場	試験日
会場	年 月 日()

◎必要事項を記入してください。

フリガナ	
氏名	
住所 ※郵便物 送付先	〒 —
TEL	()
日中連絡先	()
E-mail	

◎お支払い方法を選択して必要事項を記入してください。

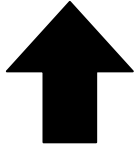
<input type="checkbox"/> クレジットカード	VISA ・ Master ・ JCB ・ AMEX ・ Diners
カード番号(16桁)	— — —
有効期限	月 / 年
カード名義人	
<input type="checkbox"/> コンビニ 月 日付	セブンイレブン ・ ローソン ・ ミニストップ ・ ファミリーマート サークルK ・ サンクス ・ デイリーヤマザキ ・ セイコーマート ※コンビニを○で選択してください。お手続き方法をご連絡いたします。

【個人情報の取扱いについて】

このお申込みに際して提供して頂いたお客様の個人情報は、当協会からのご案内、ならびにご連絡以外の目的には使用致しません。また、FAX 番号間違い等でトラブルが起こった場合、当協会では一切責任は取りかねますのでご了承ください。特にクレジットカード番号をご記入の方は、くれぐれもご注意願います。

特定非営利活動法人 日本成人病予防協会

送信方向



FAX 03-3669-4733