

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。

<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	〒 ー
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)	ー ー ー
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、くれぐれもご注意ください。 特定非営利活動法人 日本成人病予防協会

<郵送でのお申し込みの場合> この申込書に必要事項をご記入の上、下記宛先まで郵送してください。

〒103-0004 東京都中央区東日本橋 3-5-5 日本成人病予防協会 4 階 健康管理能力検定事務局 あて