

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"/> | 3級受験 | <input type="checkbox"/> | 2級受験 | <input type="checkbox"/> | 3・2級併願受験 |
| | 4,500円 | | 5,000円 | | 7,500円 |

合計金額 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きた場合、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

送信方向



FAX 03-3669-4733