



# 「健康管理能力検定」資料請求申込書

私は、下記の個人情報の取扱いについて同意の上、「健康管理能力検定」の資料一式送付を  
申したいします。

F A X 必要事項をご記入ください。

送信方向

03-3669-4733

(フリガナ)	
氏名	
性別	男 ・ 女 ○を付けてください。
生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒 -
自宅電話番号	
携帯電話番号	
E-mail	
勤務先名	
勤務先住所	〒 -
勤務先電話番号	
お問合せ内容	
どちらで健康管理能力検定 をお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> その他 ( )

## 個人情報の取扱いについて

このお申し込みの際に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。

日本成人病予防協会

## <郵送でのお申込みの場合>

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 健康管理能力検定「資料請求」係