

# 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
	4,950円(税込)		5,500円(税込)		10,450円(税込)

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。

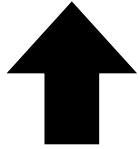
<input type="checkbox"/> クレジットカード	VISA ・ Master ・ JCB ・ AMEX ・ Diners
カード番号(16桁)	- - -
有効期限	月 / 年
カード名義人	
<input type="checkbox"/> コンビニ 月 日付	セブンイレブン ・ ローソン ・ ミニストップ ・ ファミリーマート サークルK ・ サンクス ・ デイリーヤマザキ ・ セイコーマート ※コンビニを○で選択してください。お手続き方法をご連絡いたします。

## 【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