

# 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   |
|                          | 6,600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<br>※郵便物<br>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。

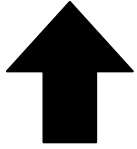
|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> クレジットカード     | VISA ・ Master ・ JCB ・ AMEX ・ Diners  |
| カード番号(16桁)                            | - - -  |
| 有効期限                                  | 月 / 年  |
| カード名義人                                |  |
| <input type="checkbox"/> コンビニ<br>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<br>サークルK ・ サンクス ・ デイリーヤマザキ ・ セイコーマート<br>※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