

「健康管理士一般指導員」・「健康管理能力検定 1 級」 試験 受験申込書

① 受験する試験会場を選び、 (チェック) を記入してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	試験会場		試験日
	大宮	会場	2月23日(土)
	東京	会場	2月24日(日)
	岡山	会場	3月9日(土)
	大阪	会場	3月10日(日)
	仙台	会場	3月10日(日)
	松山	会場	3月17日(日)

<input checked="" type="checkbox"/>	試験会場		試験日
	札幌	会場	4月7日(日)
	広島	会場	4月20日(土)
	福岡	会場	4月21日(日)
	名古屋	会場	5月19日(日)
	東京	会場	6月23日(日)
	大阪	会場	7月28日(日)

② 事前講習(試験当日)のご参加の有無を選び、 (チェック) を記入してください。

事前講習	<input type="checkbox"/> 事前講習参加する (13時~受付)
	<input type="checkbox"/> 事前講習参加しない (14時45分~受付)

送信方向



FAX 03-3669-4733

③ 必要事項を記入してください。

受講生番号(8桁)									
氏名	フリガナ	セイ						メイ	
	漢字	姓						名	
住所 ※郵便物送付先	〒 -								
勤務先名									
お支払い方法を選択し記入してください (受験料 ¥5,500)									
<input type="checkbox"/> 銀行振込み	月 日付 (↓お振込みの金融機関に○をつけてください)								
	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 大伝馬町支店 普通 0932033 日本成人病予防協会								
	<input type="checkbox"/> 三井住友銀行 浅草橋支店 普通 0993611 日本成人病予防協会								
<input type="checkbox"/> クレジットカード	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 振替口座 00100-0-607379 日本成人病予防協会								
	VISA ・ Master ・ JCB ・ AMEX ・ Diners								
カード番号	- - -								
有効期限	月/ 年(西暦)								
名義人	(受講生ご本人様名義のみ)								

※銀行振込先は、合格対策講座の振込先とは異なりますのでご注意ください！
※クレジットカード番号の書き間違えのないようにご確認をお願い致します。

④ この受験申込書を郵送または FAX 送信してください。