

※こちらには何も記入しないでください

受験番号

申し込み日 (平成 年 月 日)

第17回介護口腔ケア推進士認定試験  
受験願書 2017.6.11 実施

希望会場  東京 (該当欄にチェック)

直前講習  受講する  受講しない (該当欄にチェック)

※受験要項を確認の上、上記会場・認定試験内容をご確認ください

受験者氏名	フリガナ	
	姓	名
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	性別 男・女
現住所	〒 ※受験票を送付可能な住所をご記入ください	
電話番号	(自宅)	(FAX)
	(携帯)	(E-mail)
職業	①医療職 ②介護職 (有料ホーム、特養、デイ、その他) ③教職 ④会社役員 ⑤会社員 ⑥自営業 ⑦学生 ⑧無職 ⑨その他 ( )	
紹介者のいる場合*	お名前	認定証番号

受験料ご入金の際にお客様が利用された金融機関をご記入ください(お振込みの確認に使用)

振込日	月 日	振込金額	円
金融機関名	本支店名		
振込人名義			

※ 黒のボールペンで太枠内にはっきりとご記入ください(記入漏れがあると受験できない場合があります)

※ 書類の不備があった際にご連絡させていただきますので、必ず電話番号をご記入ください。

※ ご紹介者がある場合はご紹介者の認定証番号は必ずお書きください。認定証番号がない場合は紹介者とは認めません。

送り先

郵送の方は 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-16-6 パレ・ジュノ 3F  
一般財団法人職業技能振興会

FAXの方は 03-6735-4448