

平成 29 年 ケアマネジャー統一模擬試験 申込書

私は以下の個人情報使用目的に同意の上、ケアマネジャー統一模擬試験の受験を申し込みます。

* 次の項目についてもれなくご記入（又は該当するものに○をつけて）ください。

申込日：平成 年 月 日

ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
住 所	〒
電 話	() - * 連絡のつきやすい電話番号をご記入ください
Eメール	@
所持資格	介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 看護師 ・ 社会福祉主事 ・ 実務者研修修了 初任者研修修了 ・ ヘルパー1級 ・ ヘルパー2級 ・ その他()
交通手段	車（普通車・軽自動車） ・ バイク ・ 自転車 ・ 公共交通機関 ・ 徒歩
受講料納入方法	事前振込 ・ 当日持参

◇ご記入いただいたお客様の個人情報の使用目的は次の通りです

- ・ 弊社の講座受講運營業務
- ・ 弊社からの教育講座、就業に関するご案内
- ・ お客様との連絡及び満足度等の調査

お申込み先

HEART
SWITCH



株式会社 ハートスイッチ

〒710-0038 岡山県倉敷市新田 2434-1（移転しました）

TEL： 086-420-1600 FAX： 086-435-7021