

介護口腔ケア推進士認定試験

団体受験申込み書

申し込み日 (平成 年 月 日)

申込団体名	フリガナ	
住所	〒	
代表者氏名	フリガナ	
電話番号	(FAX)	
	(E-mail)	
今回の担当者	フリガナ	役職
連絡先	連絡が取れる番号をお願いします。	(E-mail)
予定人数	人	
講習	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
試験会場	<input type="checkbox"/> 団体施設内 <input type="checkbox"/> 団体施設外 → 住所	
テキスト	冊	
合格発表の取扱い *注1	<input type="checkbox"/> 団体宛に送る。 <input type="checkbox"/> 個人宛に送る。	
希望受験実施日	候補日をいくつかお書きください。	

注1 試験終了後、合否の通知をどこに出すかの質問です。

※ 黒のボールペンで太枠内にはっきりとご記入ください。

※ 不明な点があった際にご連絡させていただきますので、責任者の電話番号は必ずご記入ください。

問い合わせ・書類の送付先	Email	Fax
一般社団法人健康総合支援推進協会	info@sogo-shien.org	03-6735-4448
住所 〒166-0015 東京都杉並区成田東2-8-2		

連絡事項
