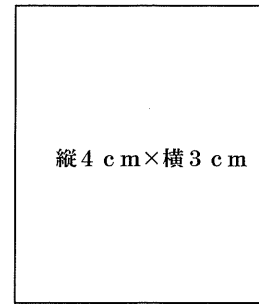


第15回「認知症予防食生活支援指導員」認定試験

【受験願書】

開催日	2024.4.6
試験会場	A：東京会場(港区芝:専売ビル) B：大阪会場(大阪府社会福祉会館)



試験会場(A, B) いずれかに○印を付けてください

フリガナ	※
氏名	※
性別	※ 男 ・ 女
生年月日(西暦)	※ 年 月 日
郵便番号	※ 〒 -
現住所	※
連絡先	※ 自宅 () - 携帯 () -
FAX 番号	() -
職業	
e-mail	

ご本人確認のため、必ず「証明写真」を所定箇所に貼ってください。

- 1) 縦4cm×3cmサイズ
- 2) 無帽、正面向きのもの
- 3) 過去3か月以内に撮影のもの
- 4) 不鮮明・不適切な写真は受理できません

※部分は、必ずご記入ください

〒108-0014 東京都港区芝5-26-20建築会館3F

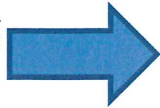
TEL:03-5443-0411, FAX:03-5443-0412

一般財団法人 国際技能・技術振興財団 事務局

◆「受験票」用 封筒のご準備について

< 記入例 >

84円切手をご用意
ください



「受験票」の
ご送付先住所を
ご記入ください

