

平成 29 年 介護福祉士統一模擬試験 申込書

私は以下の個人情報使用目的に同意の上、介護福祉士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 (歳)
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	@
職 業	介護職 ・ 看護助手 ・ 障害者支援 ・ 管理職 ・ 学生 主婦 ・ 求職中 ・ その他 ()
通学手段	車 (普通車・軽自動車) ・ バイク ・ 自転車 ・ その他 ()
受講料納入方法	振込 ・ 事前持参 ・ 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

TEL : 086-420-1600 FAX : 086-435-7021