



FAX: 03-6869-1445

身上監護協会 宛

## 身上監護士検定 申込書

平成 年 月 日

※該当するものにし点を付け、※箇所は必ずご記入ください。

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
ローマ字			
※氏名	印	年齢	歳
※ご住所 (都道府県から記入)	〒 - ※住所はマンション・アパート名、号室を必ずご記入ください。		
※電話番号 (自宅または携帯いずれか記入)	FAX番号		
※メールアドレス	@		

業種	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 地域団体 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 介護福祉 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> その他( )
----	--

申し込み検定試験	<input type="checkbox"/> 身上監護士補 ・ <input type="checkbox"/> 身上監護士(受験資格有)
----------	---

「身上監護士」受験要件			
取得資格	資格名(例:介護福祉士)	取得年月日(例:平成12年10月)	取得番号(例:SV1234567)

【個人情報保護について】 「個人情報保護法」に基づき受講者の個人情報の適切な管理に努めてまいります。申込書に記載された内容をもとに、今後皆様へ有益と思われる研修等のご案内をお送りさせていただくことがありますのでご了承ください。
--

【送付先 ・ お問合せ先】 東京都渋谷区恵比寿2-28-10 shu BLDG 2539 身上監護協会 事務局 Tel:03-4455-3352 Fax:03-6869-1445
--