

## 2015(平成27)年度 介護施設管理士認定試験 受験申込書(FAX用)

送  
信  
先  
F  
A  
X  
番  
号  
0  
3  
5  
6  
8  
7  
1  
1  
7  
3

申込日	平成27年 月 日	試験日	2015(平成27)年11月14日(土)	
お名前	フリガナ			性 別
	姓	名	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
生年月日	※注1 西暦19 年 月 日 (本人確認用です。)			
ご住所	〒 - 都 道 区 市 府 県 郡			
ご職業	※注2			
電話番号	※注3 ( ) -			
連絡方法	※注4 メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/>			
	今後組合からホームページによる情報提供、メールマガジンの送付等をよけていますので 極力メールの受信が可能なようにお願いします。(携帯メールを除きます)			
	※注5 メールアドレス		@	
	FAX番号 ( )		-	
受験会場	<input type="checkbox"/> 関東会場 <input type="checkbox"/> 関西会場	千葉市美浜区海浜幕張駅そば テクノガーデンD棟17階 「デンタルサポート株式会社」会議室 大阪市東淀川区東中島1-17-5 「 스튜디오新大阪」会議室		
受験料	受験料：一般6,480円(消費税込) 振込手数料利用はご負担願います。			
振込方法	郵便局 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/>	振替口座：00170 - 1 - 262541 口座名義：医療介護ネットワーク協同組合 三菱東京UFJ銀行 新宿中央支店 (469) 普通預金 口座番号：3794535 口座名義：医療介護ネットワーク協同組合		
11月6日までに振込願います。				

※申込書に必要事項ご記入の上事務局宛にFAX、または郵送にて応募してください。

- ※注1 昭和生まれの方は、昭和年号+1925が西暦の年です。  
平成生まれの方は、平成年号+1988が西暦の年です。
- ※注2 施設長、ケアマネージャー、介護福祉士等具体的に記入下さい。
- ※注3 市外局番からご記入下さい。
- ※注4 合否案内の通知、合格後の情報提供等の受信方法を選択。
- ※注5 0(数字)とo(英字)、1(数字)とi(英小文字)・l(英小文字)の区別がわかるようにご記入ください。

**医療介護ネットワーク協同組合**

〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-20-11  
エムズ浅草橋ビル

電話 : 03-5687-1171  
FAX : 03-5687-1173  
メール : mkimata@e-kaigonet.org  
ホームページ : http://www.e-kaigonet.org