

第 2 回メンタルヘルス法務主任者資格認定試験 受験申請書

太枠の中は必須記入事項です。

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

受講番号		受験地	1. 大阪 2. 東京
------	--	-----	-------------

フリガナ			
氏名	(氏)		(名)
生年月日	19	年	月
	日	性別	男 ・ 女 (該当に○)

今後の郵便物送付先	1. (A 欄) 自宅 2. (B 欄) 送付先 (どちらかに○印)		
(A 欄) 自宅住所	〒		都 道 府 県
			市 区 郡
(B 欄) 送付先が異なる場合に記入	〒		都 道 府 県
			市 区 郡
勤務先			

受付確認送信先 メールアドレス	
日中連絡可能な 電話番号	

受験手数料払込み控え貼付欄 (コピー可)

《この用紙の右半分の、どこに貼付して頂いても構いません》

- ・はがれないように、しっかりと糊付けしてください。
- ・受験手数料の振入金受取書またはご利用明細の貼付が無い場合は受験できません。
- ・インターネットバンキングでのお振入は、パソコン画面を印刷し、用紙右半分からはみ出た部分は折りこんでください。

【受験手数料振込先】

三井住友銀行 大阪西支店 普通預金 No.7056890
口座名義 一般社団法人 産業保健法務研究研修センター
受験手数料 12,000 円

- ・お振込みの際は、氏名の前に受講番号を記入または入力して下さい。(ATM 可)

※例) 1511102 サンポ ハナコ

- ・受験者のお名前を払込依頼者として入力してください。
- ・ATM での振入で受講番号が入力できない場合は、出てきたご利用明細のお名前の前に、手書きで受講番号を書き込んで下さい。
- ・払込手数料は受験者でご負担下さい。

【個人情報の保護について】この受験申請書によって取得した個人情報は、受験者ご本人の承諾なしに第三者に開示することはありません。なお、資格認定試験の運営上必要な範囲および当法人の事業・サービス等の情報提供に使用します。

【申込・問合せ先】

一般社団法人 産業保健法務研究研修センター
〒550-0013 大阪府大阪市西区新町 1-2-13 新町ビル903号室
事務局 Tel 06-6533-6010

