第31回「認知症予防支援相談士」認定試験

【受 験 願 書】

開催日	20271.23
希望する 試験会場	A ：東京会場(アットビジネスセンターサテライト 品川・五反田／最寄駅 JR五反田駅) B ：大阪会場（大阪府社会福祉会館） C ：名古屋会場（今池ガスビル会議室） D ：オンライン（ネット）試験（Word、Excel、zoom必須 メール添付で送受信可能なPC必須）

縦４ｃｍ×横３ｃｍ

試験会場は、A,B,C,Dいずれかに◯印を付けてください。

フリガナ ※	
氏 名 ※	
生年月日（西暦）※ 20260401のように 8桁でご記入ください	
郵便番号 ※	
住所 ※	
e-mail ※	◎オンライン（ネット）試験の方は受験に使用する「PCメールアドレス」を必ずご記入ください ◎会場の試験の方も、ご記入ください（不明点を確認することがあります）
携帯電話※	◎不明点がある場合、ショートメールを送らせていただくことがあります
固定電話・FAX	
職業	

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

〒184-0004 東京都小金井市本町1-12-4-202
一般社団法人 認知症・フレイル予防推進協会 試験センター

shikencenter@gmail.com