

★ 介護福祉士模擬試験 申込書 ★

申込日: 令和 年 月 日

●受講規約に同意し、お申し込みをお願い致します。

受講規約に同意します(チェックして下さい)

フリガナ			生年月日	昭和・平成	年	月	日生
氏名	印		性別	男	女	年齢	歳
住所	〒						
電話番号	()	FAX番号	()				
携帯番号	()	メールアドレス					
勤務先名							
保護者名	印 ※未成年の方のみご記入ください						
緊急連絡先	氏名			続柄			
	住所			電話番号			
ご希望受講日	会場にて受験します			自宅にて受験します			
	() 第1回目 : 11月13日 (日)			() 第1回目 : 11月13日 (日)			
	() 第2回目 : 12月10日 (土)			() 第2回目 : 12月10日 (土)			
	() 2回セット : 2日間			() 2回セット : 2日間			
							・郵送先がご自宅以外の場合下記にご記入ください (〒)
※ご希望の順に番号を記入してください。万が一定員になりました場合には、第2候補の日程に変更させていただきます							

事前アンケート(複数回答可)

講座をお知り頂いたきっかけ	<input type="checkbox"/> アットワークのホームページ(PC) <input type="checkbox"/> アットワークホームページ(スマホ) <input type="checkbox"/> 当校受講生 <input type="checkbox"/> 友人・知人に聞いて
---------------	--

◆講座の申込みをされた方の住所・氏名・電話番号及びe-mailアドレスなど、個人を識別できる情報(以下「個人情報」といいます)を、次の目的でご提供いただき、弊社の個人情報保護規定に従い厳重に管理し他の目的には使用いたしません。

- ・テキスト、解答解説を出版社から直接お届けするため
- ・受講中または受講後の就職(進路)または転職に関する情報提供、アンケートの調査のため
- ・受講中の講座カリキュラム、講師、講座の運営に関するアンケート調査のため

◆お申し込み先◆

<郵送> 〒745-0031 周南市銀南街1徳山センタービル9F 株式会社アットワーク
「介護福祉士模擬試験申込み宛て」

<FAX> 0834-31-9633

●お申込み後、弊社からご連絡をさせていただく場合がございます。
着信がありましたら、なるべく当日中にお返事いただきますよう、よろしくお願いいたします。