

ケアマネ全国統一模擬試験（直前編）

試 験 申 込 書

1. 本学院ケアマネ受験対策講座の受講者

下記のとおり

として申し込みます。

2. 一般の受講者

※上記の申込み、該当番号に○を付けて下さい。

本学院ケアマネ受験対策講座 受講者の申込み欄		一般の受講者の申込み欄	
(フリガナ) 氏 名	()	(フリガナ) 氏 名	()
住 所	〒()	住 所	〒()
電話番号 (電話又は携帯番号)		電話番号 (電話又は携帯番号)	
FAX番号		FAX番号	
受講日	9月14日(土)	受講日	9月14日(土)
駐車場	1. 利用する 2. 不要 (※どちらかに○を付けてください。)	駐車場	1. 利用する 2. 不要 (※どちらかに○を付けてください。)
所有資格		所有資格	