

申込日： 年 月 日

ホスピタルコンシェルジュ検定試験

1級 受験 申請 書 (実技)

技能認定振興協会 行

私は、受験要領に掲載の「個人情報に関する取扱い」に同意の上、申請いたします。
また、受験にあたり次の事項を厳守することに同意します。
① 実技試験は第三者の力を借りず、自身が習得した技能知識に基づき受験します。
② 試験問題の不特定多数への口外、公開はいたしません。

署名

※黒のボールペンで記入してください。

フリガナ		性別	生年月日 (西暦)
氏 名	印	男 女	年 月 日 生 () 歳
フリガナ		電話	()
住 所	〒	携帯電話	()
電話番号		メールアドレス	希望会場 ※ご希望を○で囲んでください。
e-mail		※連絡用と試験実施用の両方をご記入下さい。同じものでも問題ございません。	※コロナ感染拡大の状況によっては、全てオンラインに変更となる場合がございます。また、会場試験については開催の規定人数 (8名程度) に達しない場合は、オンライン試験に切り替えさせていただく場合がございます。
		連絡用：	①東京 (品川) ②名古屋市
		試験実施用：	③大阪市 ④オンライン

※下記の欄は該当する方のみご記入下さい。

所 属 先	株式会社 ソラスト	支社・営業所
勤 務 先 (病院名)	部署名 役職名	

(注意事項)

- ・ 太枠内は、全て楷書で正式名を記入してください。
- ・ 住所は郵便番号、マンション名・部屋番号も記入してください。
- ・ メールアドレスは受験に関するご案内をお送りする際にも使用致します。
お間違いございませんようご確認下さい。
- ・ 一旦納入した受験料は、理由の如何を問わず返金できません。
又、受験月の変更やキャンセルもできません。

申請 受付

受験料受領

受験料 6,500 円

必要事項をご記入いただき、受験料 6,500 円 (消費税込) を下記口座へお振込後、受験申請書裏に受験料のお振込み控 (ご利用明細) のコピーを申請書裏面にのり付けし技能認定振興協会までお申込みください。

振込先 銀行名：三井住友銀行 浅草支店 (230)

口座番号：当座預金 2020191

口座名義：株式会社技能認定振興協会

受験申請書送付先：〒108-8210 東京都港区港南 1-7-18 A-PLACE 品川東 6F
技能認定振興協会「受験申請書受付係」行

※お振込みの際、受験者のお名前を必ずフルネームで入力してください。

※お振込み手数料は受験者負担となります。

※お振込み控 (ご利用明細) の原本は大切に保管してください (お振込み控が領収書になります)。