

申込日： 年 月 日

ホスピタルコンシェルジュ検定試験

2級受験申請書(実技)

技能認定振興協会 行

希望受験月	※受験月を○で囲んでください
	2021年7月 ・ 11月 2022年3月

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。

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 電話番号 e-mail	〒 -	携帯電話	()
	メールアドレス	希望会場	
	※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。 連絡用： 試験実施用：	オンライン受験	※新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、会場での試験実施は未定です。

※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 4900 円

必要事項をご記入いただき、受験料 4,900 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)。