

令和3年度

愛媛県介護支援専門員実務研修受講試験

受 験 整 理 票

受験番号			※
フリガナ			生年月日 (西暦でご記入ください。) 年 月 日生
氏 名			
住 所	〒		写真添付欄 ○脱帽して上半身正面 ○サイズ:縦4.5cm×横3.5cm ○スナップ写真及び背景がある写真は不可 ○試験中にメガネを着用する方(一時的に着脱する方を含む)は、メガネを着用 ○申込前3か月以内に撮影 ○写真の裏に氏名を記載 ○全面のりづけ
電話番号	() —		2021年 月撮影
携帯電話番号	() —		

郵便振替払込受付証明書(お客さま用)

貼 付 欄

受験手数料の「振替払込受付証明書」(お客さま用)をこの枠内に全面のりづけして貼りつけてください。

※払込受付証明書が貼りつけられていないものは受理できませんので、ご注意ください。