

**平成29年度 介護支援専門員実務研修受講試験対策 模擬試験【会場受験】解説付き
受講申込書**

【1】太枠の中をすべてご記入ください。（※2名様以上のお申込みの場合は、本紙をコピーし、お一人様1部ずつご作成願います。）

お申込者名	フリガナ	男・女	歳	◆職種NO
	様	職 種 (複数可)		
事業所名	フリガナ	←会員団体の場合は必ずご記入、押印ください。 ※印鑑は施設長印		1. 経営者・施設長 2. 医師 3. 歯科医師 4. 薬剤師 5. 保健師 6. 助産師 7. 看護師 8. 准看護師 9. 理学療法士 10. 作業療法士 11. 社会福祉士 12. 介護福祉士 13. 視能訓練士 14. 義肢装具士 15. 歯科衛生士 16. 言語聴覚士 17. あん摩マッサージ指圧師 18. 柔道整復師 19. はり師・きゆう師 20. 管理栄養士・栄養士 21. その他相談業務従事者 22. その他介護業務従事者 23. その他
事業所長 責任者(推薦者)				
連絡方法	FAX ・ Eメール(※) ご希望される連絡方法を、○で囲んでください			
所在地	〒	自宅・職場		
	TEL	自宅・職場		
	FAX	自宅・職場		
	携帯			
	E-mail	(FAXでの連絡方法をご希望の場合は記載不要)		
模擬試験 について	模擬試験は、中央法規出版のケアマネ模試「第2回」を使用します。 下記事項確認いただき、 <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。 <input type="checkbox"/> 私は、他団体等の主催する中央法規出版ケアマネ模試「第2回」への 申込はしていません。			

(※)迷惑メールフィルター等で受信制限をされている場合は、当社からのEメール(@chuohoki.co.jp)が受信できるよう、設定変更をお願いいたします。

中央法規出版株式会社 お客様の個人情報のお取り扱いについて
弊社はお客様の個人情報を商品の発送・納品、代金の請求、入金の確認、返金、サービス実施、弊社の商品・サービス・催し物のご案内、これらの確認のための連絡に使用します。弊社は法令に基づく場合を除いて、お客様の個人情報を当該本人の同意を得ず第三者に提供することはありません。弊社はお客様によりよいサービスの提供のため、個人情報を適切に取り扱っていると認められる委託先を選定し、適切な管理を実施させて業務の一部を外部に委託します。お客様が弊社に個人情報を与えることは任意ですが、お客様が弊社に個人情報を与えない場合には、弊社からの返信やサービスの提供ができない場合がありますのであらかじめご了承ください。お客様には、ご自身の個人情報の利用目的の通知、個人情報の開示、訂正、追加、削除の要求、利用又は提供の拒否をする権利があります。必要な場合には下記の「申込先」までご連絡ください。

◆会員受講料の適用について

会員受講料の適用については、下記要件をすべて満たした方を対象とさせていただきます。

要件を満たさない場合は、非会員扱いとさせていただきます。

- ① 本会会員事業所(養護・特養・軽費・ケアハウス・デイサービスのみの)の職員
- ② ①の事業所長または責任者の公印があること

受講料	
会 員	3,000円
非会員	10,000円

【2】本紙を郵送でお送りください。(申込期限:平成29年7月3日必着 FAX不可)

※申込書をコピーして、必ず控えをお取りください。

申 込 先	住所	〒530-0041 大阪市北区天神橋 4-8-12 (アークビルディング6階)		
		中央法規出版株式会社 ケアマネ模擬試験 係		
	TEL	06-6351-9079	担当者	菊地

弊社記入欄	No	
受付	連絡	
入金	送付	

**【3】弊社より受付確認と受付番号・振込先のご連絡(FAXまたはEメール)をいたします。
その後、期日内に指定口座へ受講料をお振込みください。**

【4】ご入金いただいた方には、8月1日頃に受講票を発送いたします。