

## ケアエイド試験受験願書

申込日 平成 年 月 日

会 員                       非会員

ふりがな		<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">ここに写真をお貼り下さい。 (40×30mm)</div>
氏名		
ローマ字		
住所	〒	
電話番号		
メールアドレス	@	
生年月日	西暦 年 月 日	( 歳)
勤務先		
勤務先住所	〒	
種目 (□に✓してください)	<input type="checkbox"/> ケアエイドインストラクター  <input type="checkbox"/> ケアエディスト	受験料振込用紙をお貼り下さい (コピー可)
受験会場 (□に✓してください)	<input type="checkbox"/> 東 海 ( 静 岡 )  <input type="checkbox"/> 近 畿  <input type="checkbox"/> 九 州	
モデル	<input type="checkbox"/> 同 伴	