

一般社団法人日本総合健診医学会
2024 年度 総合健診指導士・業務管理士認定試験 受験願書

一般社団法人日本総合健診医学会 理事長 殿

総合健診指導士/業務管理士認定試験を受験したく申請いたします。

資格種別: [総合健診指導士 ・ 総合健診業務管理士]

※いずれかに○をつけてください。

顔写真貼付

縦 4cm×横 3cm

6 ヶ月以内に無帽で
撮影したものを貼付
してください。

申請日	年 月 日		
フリガナ 申請者氏名 (自著)	印		
生年月日(西暦)	年 月 日	個人会員番号	
勤務先名	(施設会員番号:)		
所属部署		役職	
勤務先住所	〒 -		
勤務先電話番号		勤務先 FAX 番号	
総合健診業務 従事期間(西暦)	年 月 日～ 年 月 日(年 ヶ月)		
保有資格		取得年月日(西暦)	年 月 日
連絡先(書類送付先)	自宅 ・ 勤務先		
連絡先住所 ※自宅の場合	※個人会員として入会されている方は、学会に登録している連絡先住所等に変更が無い場合、記入不要です。 〒 -		
連絡先電話番号		連絡先 FAX 番号	
Email			

※お預かりした個人情報は、当学会の個人情報取扱規定で定められている利用目的以外では使用いたしません。

ここに受験料振り込み控えのコピーを貼付してください(収まらない場合は、別紙に貼付でも可)

※インターネットバンキングによる振込の場合は、入金日・振込名義をご記入ください。

入金日 :年.....月.....日

振込人名義: