

お問合せ用紙

太枠の中に楷書でご記入ください。

ご記入日

年

月

日

お問合せ種別 該当する項目に☑印を記入してください。

- 医療環境管理士について
- 医療福祉環境アドバイザー、医療福祉環境シニアアドバイザーについて
- その他

お客様情報 *印は必須※お知らせいただいた個人情報は、お問合せの回答をお送りするために利用し、その目的以外での使用はいたしません。

*フリガナ

*氏名(姓)

(名)

*メールアドレス

*電話番号(携帯電話も可)

() -

*FAX番号

() -

! ご注意ください

- ドメイン名「iryo-kentei.jp」、「if-kentei.jp」の受信許可設定をしてください。
- 受信拒否設定されている場合は、設定を変更してください。
- Yahooなどのフリーメールの場合、申込受付メールが迷惑メールフォルダなどに入る場合がございます。
- メールにて返信させていただきますが、エラーなどで届かない場合、FAXで返信いたします。

お問合せ内容 下記の枠内にご記入ください。

FAX

075-343-1802



一般社団法人

医療福祉検定協会