

# おむつ検定申込書

FAX 0944-74-1507 (エーデルワイス)

郵送の場合

〒832-0061 柳川市本城町51  
(株)ジーエム 介護部門「エーデルワイス」宛

受検予定日	年 月 日				
ふりがな		年 齢	歳	性 別	男・女
氏 名					
住 所	(合否通知の送付先をご記入下さい) 〒	連絡先TEL			
		FAX			
メールアドレス	大文字・小文字や数字等、区別がつくようにご記入下さい				
資格など いずれかに○を 付けて下さい	介護福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 実務者研修 ・ 介護初任者研修 医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 保育士 ・ 社会福祉士 ・ 学生 ( ) 在宅で介護をされている方 その他 ( )				
事業所名 お伝え可能な方は こちらにご記入を					
おむつや排泄の ことで、お困り の事などあれば ご記入下さい。					

\*頂いた個人情報はエーデルワイスにて厳重に管理し、おむつ検定及び講習会以外で使用することは一切ありません。