

# 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 福祉事業部「エーデルワイス」宛

|  |  |        |   |     |     |
|--|--|--------|---|-----|-----|
| 受検予定日                                    | 2025 年 月 日   |        |   |     |     |
| ふりがな                                     |  | 年 齢    | 歳 | 性 別 | 男・女 |
| 氏 名                                      |  |        |   |     |     |
| 住 所<br>(合否通知の送付先をご記入下さい)<br>〒            |  | 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<br>いずれかに○を<br>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<br>医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 保育士 ・ 社会福祉士 ・ 学生 ( )<br>在宅で介護をされている方 その他 ( ) |        |   |     |     |
| 事業所名<br>お伝え可能な方は<br>こちらにご記入を             |  |        |   |     |     |
| おむつや排泄の<br>ことで、お困り<br>の事などあれば<br>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。