

[ホームヘルスケアプランナー検定 願書送付方法]

1. 願書に必要事項をご記入ください。
2. 郵便局にて在宅通信検定料（11,000円 消費税込）を払い込みます。
[払込先] 口座 No. 00190-8-616912
名義 一般社団法人ヘルスケアプランナー検定協会
3. 払込受領証（受付局日付印のあるもの）またはご利用明細票（ともにコピー可）を同封してください。
4. 願書を下記宛に送付してください。検定書類一式は検定試験の前日までに願書にご記入いただいたご住所へ郵送いたします。

[送付先] 〒160-0004

東京都新宿区四谷四丁目3番地20号
いちご四谷四丁目ビル11階
一般社団法人
ヘルスケアプランナー検定協会 宛
TEL 03-6457-8034 FAX 03-6457-8104

[ヘルスケアプランナー検定 願書送付方法] ※顔写真、払込金受領証必須

1. 願書に必要事項をご記入ください。
2. 郵便局にて在宅通信検定料（16,500円 消費税込）を払い込みます。
[払込先] 口座 No. 00190-8-616912
名義 一般社団法人ヘルスケアプランナー検定協会
3. 払込受領証（受付局日付印のあるもの）またはご利用明細票（ともにコピー可）、および運転免許証サイズの顔写真1枚（縦3.0cm×横2.4cm）を1枚同封してください（認定証カード作成のため）。写真の裏面には、必ず鉛筆でお名前をご記入ください。
4. 願書を下記宛に送付してください。検定書類一式は検定試験の前日までに願書にご記入いただいたご住所へ郵送いたします。

[送付先] 〒160-0004

東京都新宿区四谷四丁目3番地20号
いちご四谷四丁目ビル11階
一般社団法人
ヘルスケアプランナー検定協会 宛
TEL 03-6457-8034 FAX 03-6457-8104