

メンタルヘルスケア検定 団体受検登録申込書

フリガナ			
団体名			
所在地	〒		
連絡先	Tel		Fax
実施担当 責任者	氏名	フリガナ	印
		漢字	
E-mail			

予想受検者数 *必ずご記入ください。

3級 _____ 名 2級 _____ 名

準1級 _____ 名 1級 _____ 名

<注意>

1. 一実施会場毎に申請書が必要となります。
2. 団体登録した所在地を準会場とします。
3. 1級・準1級2次試験(面接)については公開会場(東京・大阪)での受検となります

主催：

NPO法人 日本メンタルヘルスケアサポート協会 <http://www.mental-healthcare.org>

(本部) 〒543-0052 大阪府大阪市天王寺区大道1-11-9

【FAX】06-6779-9391