

介護老人保健施設リスクマネージャー資格 登録情報変更届

登録情報に変更がある際は下記にご記入の上公益社団法人全国老人保健施設協会 事務局FAX:03-3432-4172までお送り下さい。

必須項目(※)に加え、変更される部分のみご記入下さい。

項目	新(正しい)	旧(誤っている)
----	--------	----------

■資格(受験)者情報

ふりがな	必須(※)	
氏名	必須(※)	
ふりがな		
資格(受験)者 ご住所	必須(※)〒	
電話番号	- -	- -
FAX番号		
メールアドレス	@	@
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
職種		

■勤務先情報

ふりがな		
勤務先名称	必須(※)	
勤務先住所	必須(※)〒	
電話番号	- -	- -
FAX番号	- -	- -
連絡担当者		

■宛先

請求書宛先	個人 ・ 施設	個人 ・ 施設
請求書、受験票等 今後の資料送付先	自宅 ・ 施設	自宅 ・ 施設

FAX送信先：公益社団法人全国老人保健施設協会 事務局
FAX No. 03-3432-4172