

第17回「認知症予防食生活支援指導員」認定試験

【受験願書】

縦4cm×横3cm

開催日	2025.4.19
試験会場	A:東京会場(千駄ヶ谷社会教育館) B:大阪会場(大阪府社会福祉会館) C:その他会場()

試験会場は、A,B,Cいずれかに○印を付け、Cは会場名を記入してください。

フリガナ	※
氏名	※
生年月日(西暦)	※ 年 月 日
郵便番号	※ 〒 -
現住所	※
連絡先	※ 自宅 () - 携帯 () -
FAX 番号	() -
職業	
e-mail	

ご本人確認のため、必ず「証明写真」を所定箇所に貼ってください。

- 1) 縦4cm×3cmサイズ
- 2) 無帽、正面向きのもの
- 3) 過去3か月以内に撮影のもの
- 4) 不鮮明・不適切な写真は受理できません

※部分は、必ずご記入ください

〒373-0006 群馬県太田市成塚町150-383

TEL: 0276-55-2927(月曜～金曜9時～18時)

FAX:0276-55-2927

一般社団法人 認知症・フレイル予防推進協会 試験センター