

資格情報照会申請書

※以下の必要事項を記入し、本人確認書類等（運転免許証・戸籍抄本・住民票等）の
コピーを添付の上、郵送にてお送りください。

取得資格	
氏名	
住所	〒
電話番号	
受験年月日	※わかる場合

※受験当時の情報をご記入ください。

【返送先】

〒820-0206

福岡県嘉麻市鴨生 55 メンタルケア学会業務センター

※返送の際は、送付用封筒に 82 円切手を同封し返送してください。同封がない場合は返送できません。

照会の結果は、書面にてお送りいたします。

送付先に変更がある場合は、下記にご記入ください。

〒

上記の通り、資格取得照会申請書に記載した内容に間違いのないことを証明し、申請しま
す。

<署名・捺印日> 年 月 日

氏名 _____ ㊟