

## 2020年以降 受験対策 ◇ 保健師 低学年対象 プレ模試 申込書

申込形態	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> グループ		申込日	2018 年    月    日		
受験者数 および 模試実施 予定日	◆実施期間：11月中旬～4月下旬  (        ) 名 プレ模試実施予定日    月    日		受験者名簿 お知らせ方法	<input type="checkbox"/> Eメール添付送信  <input type="checkbox"/> FAX または 封書		
貴校名	◆在学か卒業かを記入し、在学か既卒かを○で囲んでください。					ID[当社記入]
学部・学科			在学 / 既卒			
ふりがな 申込者名	◆学校は教職員、グループは代表者名をご記入ください。		申込者 ご職名	<input type="checkbox"/> ご担当先生 <input type="checkbox"/> 事務〔部署名：        〕 <input type="checkbox"/> 学生代表		
ご住所 [送付先]	◆グループ申込の場合は、マンション等共同住宅の名称と号数までご記入ください。					
	〒        -		◆問題・成績等送付先 →    ○ 学校    ○ 代表者ご自宅			
			TEL			
			FAX			
E-mail						
送金先	月        日に〔 ゆうちよ / 三菱UFJ 〕銀行宛送金		〔 済み / 予定 〕			
ゆうちょ銀行 払込取扱票（赤枠）	〔 要 / 不要 〕		請求書	〔 要 / 不要 〕		
ご意見・ご希望欄 ※受験者少数の場合は受験者名記入可						
当社記入 欄→	受付 /	入金 /	〒	申込入力	受験者名簿送信	名簿到着
	<input type="checkbox"/>	¥	UFJ	/	/	/

◆申込形態：問題・成績等の送付先が学校                    ⇒ 学校  
 問題・成績等の送付先が代表者ご自宅                    ⇒ グループ

E-mail : 594@quali-s.co.jp                    ※ FAX・封書での申込も可

◆低学年対象プレ模試のお申し込みには、この申込書と  
 受験者名簿（ご意見・ご希望欄に記入した場合を除く）が必要となります。

◆                    ◆                    ◆                    ◆                    ◆

株式会社 クォリス                    Quali-S  
 〒556-0016  
 大阪市浪速区元町3-10-17 難波竹立ビル4F  
 TEL 0120-59-2525    FAX 06-6633-2585  
 URL : <http://www.quali-s.co.jp>  
 Email : 594@quali-s.co.jp