2019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	□ 学 校　□ グループ	申込日	2017 年　月　日
受験者数および模試実施予定日	◆実施期間 ： １１／１８(土) ～ ２／１７(土) 〔　　〕名　プレ模試実施予定日　月　日	受験者名簿お知らせ方法	□ Eメール添付送信 □ ＦＡＸ または 封書
貴校名	◆在学校名か卒業校名を記入し，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	□ ご担当先生 □ 事務〔部署名：　〕 □ 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	
		携帯	
	E-mail		
送金先	月　日に〔 ゆうちょ ／ 三菱東京UFJ 〕銀行宛 送金〔 済み ／ 予定 〕		
ゆうちょ払込取扱票（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	名簿 入力
	□ 割引適用	￥	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・ご希望欄記入 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