

クシマクロビオティックス・コンシェルジュ講座・検定お申し込み書

下記の通り申し込みます。

*お申込日				年	月	日
受講・受験希望会場			受講・受験日程			
			年 月 日・月 日			
ふりがな *氏名		*勤務先名				
		*職種				
*自宅住所			勤務先住所			
〒			〒			
*自宅TEL				勤務先TEL		
自宅FAX						
*E-mail				*携帯電話		
合否通知の認定証お送り先						
*住所						
〒						
認定登録先(上記と異なる場合のみご記入下さい)						
*住所		〒				
*電話番号						
*E-mailアドレス						
*携帯電話						
*勤務先名				*職種		

～FAX送信先～

クシマクロビオティックス・コンシェルジュ検定事務局

FAX 03-3367-8115

- 【1】個人情報の取得について 当検定事務局は、適法かつ公正な手段によって、個人情報を取得致します。
- 【2】個人情報の利用について 当検定事務局は、個人情報をご取得の際に示した利用目的の範囲内で、業務の遂行上必要な限りにおいて、利用致します。
- 【3】個人情報の第三者提供について 当検定事務局は、個人情報を、受講・受験校と共有することがありますが、それ以外法令に定める場合を除き、事前に本人の同意を得ることなく、第三者に提供しません。
- 【4】個人情報の管理について 当検定事務局は、個人情報の正確性を保ち、これを安全に管理致します。
- 【5】個人情報の開示・訂正・利用停止・消去について 当検定事務局は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・利用停止等を求める権利を有していることを確認し、これらの要求ある場合には、異議なく速やかに対応致します。

クシマクロビオティックス・コンシェルジュ検定事務局

〒164-0003 東京都中野区東中野 1-57-9 401

Tel&FAX 03-3367-8115 (株式会社 スパイラルアップ内)