

マクロビ・フード・コンシェルジェ講座・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～

マクロビフードコンシェルジェ検定事務局

FAX番号 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、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します

マクロビ・フード・コンシェルジェ検定事務局

〒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)