

住 所 変 更 届

下記の通り住所を変更いたしましたので届け出します。

申 請 日	令和 年 月 日		受験番号*	
フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日 平成
氏 名				
電話番号	日中、連絡がとれる電話番号（勤務先や携帯電話）を記入してください。			
旧 住 所	<p style="text-align: center;">〒 - 都 道 府 県</p> <hr/> <hr/> <hr/>			
新 住 所	<p style="text-align: center;">〒 - 都 道 府 県</p> <hr/> <hr/> <hr/>			
提 出 先	<p>下記へ『郵送』か『FAX』で、本届け出をご提出ください。 ※ FAX でご提出の際は、送信した旨を必ず電話でお知らせください。</p> <p style="text-align: center;"><u>公益財団法人 日本建築衛生管理教育センター 業務部 国家試験課</u> <u>〒100-0004 東京都千代田区大手町1-6-1 大手町ビル7階743区</u> <u>TEL:03 - 3214 - 4620 FAX:03 - 3214 - 8688</u></p>			

*受験票交付前で、お手元に受験番号がわかるものが無い場合は未記入でかまいません。

受 領	確 認