

受験願書

NPO法人
日本ハーブ振興協会

下記の太枠の部分内をご記入ください

フリガナ		ローマ字		
氏名		姓名		
生年月日	19 年 月 日生	歳	性別 男・女	
フリガナ				
住所	〒			
連絡先電話番号	(自宅・勤務先)		上半身の写真を貼付 (3ヶ月以内に撮影したもの) (白黒・カラーいずれでも可) サイズ 3cm×4cm	
連絡先FAX番号	(自宅・勤務先)			
携帯電話番号				
E-mailアドレス	(自宅)			
	(勤務先)			
携帯E-mailアドレス				
ご案内送付先	(ご希望の送付先に○をつけてください) 1.郵送 2.FAX(自宅/勤務先) 3.E-mail(自宅/勤務先) 4.携帯E-mail			
PAH認定番号	— (認定年月日 西暦 20 年 月 日)			
希望試験会場 (○をつけてください)	①東京	11月19日(土)	10:00~12:00	
	②大阪	11月19日(土)	10:00~12:00	
試験内容	一次試験 [小論文試験、記述式試験]			

※ 2016年10月31日(月)までに、下記協会宛に郵送(必着)にてお送りください。

※ 受験料20,000円を、2016年10月31日(月)までに、下記銀行口座へお振込みください。

銀行口座 みずほ銀行 新宿西口支店 普通 4197704
名義人 特定非営利活動法人日本ハーブ振興協会

注)振り込み手数料はご自身でご負担ください。

注)試験日程・会場の変更や振替、お振込みいただきました受験料のご返金や振替はいたしかねますのでご了承ください。

NPO法人日本ハーブ振興協会 H

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2-23-2 UBG東池袋ビル4F