

## 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<br>(3ヶ月以内に撮影したもの)<br>(白黒・カラーいずれでも可)<br><br>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)<br>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               | —<br>(認定年月日 西暦 20 年 月 日)  |          |  |
| 希望試験会場<br>(○をつけてください) | ①大阪 4月24日(月) 10:00~12:00<br>②東京 4月27日(木) 10:00~12:00                  |          |  |
| 試験内容                  | 一次試験 [ 小論文試験、記述式試験 ]  |          |  |

※ 2017年4月13日(木)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、2017年4月13日(木)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