

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	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 4月9日(木) 10:00~12:00 ②大阪 4月9日(木) 10:00~12:00			
試験内容	一次試験 [小論文試験、記述式試験]			

※ 2020年3月23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、2020年3月23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