

① 団体受験用の郵送書類 (受験願書)

(美容薬学検定)

受験願書 (団体受験用)		コピー (等倍) 可
試験日年 月 日の美容薬学検定試験に申込みます。	
団体名 (学校名・企業名・病院名・サークル名・ゼミ名など)		
【団体名】		
責任者の方のお名前 <small>※非受験者に限る</small> 印 携帯番号 (緊急連絡用) →	
連絡先	住所	〒 □□□-□□□□
	電話
	FAX
	メール@
受験者人数	美容薬学検定 (のみ) 名 <small>※ 受験料: 4,800円 (税込)</small>	検定料 合計: 円
※ ご入金を確認できた段階で、申込完了とします。 (ご注意) 一度入金された受験料は、いかなる理由でもお返しできません。		
試験問題と解答用マークシートの送付先 (上記連絡先と同じ場合は記入不要)		
住所	〒 □□□-□□□□	

② 団体受験用の郵送書類 (受験者名簿)

(美容薬学検定)

受験者名簿 (美容薬学検定試験)				コピー (等倍) 可
受験者氏名				
例	薬 検 花 子	(13)		
(1)		(14)		
(2)		(15)		
(3)		(16)		
(4)		(17)		
(5)		(18)		
(6)		(19)		
(7)		(20)		
(8)		(21)		
(9)		(22)		
(10)		(23)		
(11)		(24)		
(12)		(25)		

※この用紙を必要枚数コピー (等倍) してお使い下さい。

【①受験願書 + ②受験者名簿の宛先】
〒088-3293 北海道てしかが町45西100 薬学検定事務局