① 団体申込用の郵送書類（受験願書）

（ 団体申込用 ）　**受 験 願 書**　コピー（等倍）可

試験日	年　月　日の薬学検定試験に申込みます。

団 体 名（学校名・企業名・サークル・ゼミ名など）

（ 団体名 ）

責任者の方のお名前 ※ 非受験者に限る	印 携帯番号（緊急連絡用）→
連絡先　住 所	〒　－
連絡先　電 話	－　－
連絡先　FAX	－　－
連絡先　メール	@

受験者人数（のべ人数）	1 級	2 級	3 級	4 級	合計人数（のべ人数）
	6500円（税込） 名	5500円（税込） 名	4500円（税込） 名	3500円（税込） 名	名

検定料の合計	
合計　円	※ ご入金が確認された段階で、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）

〒

② 団体申込用の郵送書類（受験者名簿）

（薬学検定試験）　**受 験 者 名 簿**　コピー（等倍）可

受験する級の欄に○印を入れて下さい（ 併願者は２カ所に○印 ）

	受験者氏名	1級	2級	3級	4級
例（1）	（２級＋３級 併願者の場合） 薬　検　太　郎		○	○	

※ 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］
〒663-8113　西宮市甲子園口 4-15-24　薬学検定事務局