①団体受験用の郵送書類（受験願書）

受 験 願 書（ 団体受験用 ）

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・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 ※非受験者に限る		＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 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（のべ人数）	1級	2級	3級	4級	合計人数（のべ人数）
	6,500円（税込）＿＿名	5,500円（税込）＿＿名	4,500円（税込）＿＿名	3,500円（税込）＿＿名	＿＿＿＿＿＿名

検定料の合計

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）

受 験 者 名 簿（薬学検定試験）

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○）

	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　朗		○	○	

※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】
〒085-0065　釧路市美原２丁目１８-４　薬学検定事務局