

## 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	_____ 印			
※非受験者に限る	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	合計人数 （のべ人数）  _____名
	6,500円 （税込）	5,500円 （税込）	4,500円 （税込）	
	名	名	名	名
検定料の合計	※ ご入金を確認できた段階で、申込完了とします。			
合計 _____ 円	（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】  
〒088-3293 北海道てしかが町45西100 薬学検定事務局