

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

※ 2023年8月30日(水)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、2023年8月30日(水)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

〒161-0034 東京都新宿区上落合1-16-7 エヌケイビル8F