

検定試験申込書

平成29年度 日本民間生薬検定

※1 受講者番号		※2 受験コース	初級	中級	上級	講師級
フリガナ 氏名						
フリガナ 住所	〒					
電話番号		Emailアドレス				
生年月日		職業				

※1 受講者番号は民間生薬講習会を受講された方のみご記入下さい

※2 受験されるコースに○を付けてください

平成29年度 日本民間生薬検定

検定試験日 平成29年12月3日(日)

初級 13:00~14:15 中級 15:00~16:15

上級 13:00~14:15 講師級 15:00~16:15

申込期間 平成29年10月1日(日)~平成29年11月15日(水)

検定試験料 各級 3,000円

送金先 千葉銀行 本店 普通預金口座 NO. 3900986

口座名義人 一般社団法人千葉県薬剤師会 代表理事 石野良和 (イノシカズ)

紙面の上下を切り離さずにご使用下さい。

下欄の枠内に送金表を貼附しファクシミリで送信して下さい。

後日、受験票をお送り致します。

※送金表 貼付欄

FAX送信先: 043 (248) 0646