

一般会場受検専用団体申し込み書

枚目

枚

必要事項をご記入の上、ファックスもしくは郵送にて当協会までお送りください。
この申し込み書は、願書を兼ねています。1枚で足りない場合は2枚に分けてください。

受検日と会場	年度	月	日	会場
代表者名				
住所 <small>※受検票や結果が まとめて送られます。</small>	〒	—		
電話番号	—	—		
FAX番号	—	—		
メールアドレス	@			
お支払方法	<input type="checkbox"/> 郵便局払込 <input type="checkbox"/> 代金引換			
受検級	受検者名	生年月日	性別	
級		年 月 日生	男・女	
級		年 月 日生	男・女	
級		年 月 日生	男・女	
級		年 月 日生	男・女	
級		年 月 日生	男・女	
級		年 月 日生	男・女	
級		年 月 日生	男・女	
級		年 月 日生	男・女	
級		年 月 日生	男・女	
級		年 月 日生	男・女	

FAX 06-6225-8007

郵送 ▶



ことわざ検定

財団法人ことわざ能力検定協会 事務局

〒530-0012 大阪市北区芝田2-7-18 オーエックス梅田ビル 新館7階

TEL.06-6225-8837 FAX.06-6225-8007

【お問い合わせ受付時間】午前9:00～午後5:00(土・日・祝日を除く)

www.kotowaza-kentei.jp info@kotowaza-kentei.jp