

お申込先FAX：03（3249）9388

（一社）日本農林規格協会（JAS協会）受付用

FAX送信が完了したことを必ずご確認ください。

また、万が一に備えて送信記録の保管をお願いします。申込受付期間終了後は、いかなる場合も受付できませんので、ご注意ください。

第20回食品表示検定 **中級** 試験申込書 (2枚目)

※3名以上をまとめてお申込される場合は、会社名などをご記入されたお申込書と併せて、こちらをご利用下さい。

③	★フリガナ		★生年月日	(西暦)	年	月	日
	★受験者氏名		★性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	★受験希望エリア (ご希望の箇所に☑してください)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 新潟 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 甲府 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 鹿児島 <input type="checkbox"/> 那覇				
④	★フリガナ		★生年月日	(西暦)	年	月	日
	★受験者氏名		★性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	★受験希望エリア (ご希望の箇所に☑してください)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 新潟 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 甲府 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 鹿児島 <input type="checkbox"/> 那覇				
⑤	★フリガナ		★生年月日	(西暦)	年	月	日
	★受験者氏名		★性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	★受験希望エリア (ご希望の箇所に☑してください)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 新潟 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 甲府 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 鹿児島 <input type="checkbox"/> 那覇				
⑥	★フリガナ		★生年月日	(西暦)	年	月	日
	★受験者氏名		★性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	★受験希望エリア (ご希望の箇所に☑してください)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 新潟 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 甲府 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 鹿児島 <input type="checkbox"/> 那覇				
⑦	★フリガナ		★生年月日	(西暦)	年	月	日
	★受験者氏名		★性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	★受験希望エリア (ご希望の箇所に☑してください)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 新潟 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 甲府 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 鹿児島 <input type="checkbox"/> 那覇				
⑧	★フリガナ		★生年月日	(西暦)	年	月	日
	★受験者氏名		★性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	★受験希望エリア (ご希望の箇所に☑してください)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 新潟 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 甲府 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 鹿児島 <input type="checkbox"/> 那覇				
⑨	★フリガナ		★生年月日	(西暦)	年	月	日
	★受験者氏名		★性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	★受験希望エリア (ご希望の箇所に☑してください)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 新潟 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 甲府 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 鹿児島 <input type="checkbox"/> 那覇				
⑩	★フリガナ		★生年月日	(西暦)	年	月	日
	★受験者氏名		★性別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	★受験希望エリア (ご希望の箇所に☑してください)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 大宮 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 新潟 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 甲府 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 鹿児島 <input type="checkbox"/> 那覇				