

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 初級 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 <small>(ご希望の箇所に☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 札幌	<input type="checkbox"/> 仙台	<input type="checkbox"/> 大宮	<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"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 広島	<input type="checkbox"/> 松山	<input type="checkbox"/> 福岡	<input type="checkbox"/> 鹿児島
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 <small>(ご希望の箇所に☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 札幌	<input type="checkbox"/> 仙台	<input type="checkbox"/> 大宮	<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"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 広島	<input type="checkbox"/> 松山	<input type="checkbox"/> 福岡	<input type="checkbox"/> 鹿児島
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 <small>(ご希望の箇所に☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 札幌	<input type="checkbox"/> 仙台	<input type="checkbox"/> 大宮	<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"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 広島	<input type="checkbox"/> 松山	<input type="checkbox"/> 福岡	<input type="checkbox"/> 鹿児島
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 <small>(ご希望の箇所に☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 札幌	<input type="checkbox"/> 仙台	<input type="checkbox"/> 大宮	<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"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 広島	<input type="checkbox"/> 松山	<input type="checkbox"/> 福岡	<input type="checkbox"/> 鹿児島
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 <small>(ご希望の箇所に☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 札幌	<input type="checkbox"/> 仙台	<input type="checkbox"/> 大宮	<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"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 広島	<input type="checkbox"/> 松山	<input type="checkbox"/> 福岡	<input type="checkbox"/> 鹿児島
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 <small>(ご希望の箇所に☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 札幌	<input type="checkbox"/> 仙台	<input type="checkbox"/> 大宮	<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"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 広島	<input type="checkbox"/> 松山	<input type="checkbox"/> 福岡	<input type="checkbox"/> 鹿児島
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 <small>(ご希望の箇所に☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 札幌	<input type="checkbox"/> 仙台	<input type="checkbox"/> 大宮	<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"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 広島	<input type="checkbox"/> 松山	<input type="checkbox"/> 福岡	<input type="checkbox"/> 鹿児島
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 <small>(ご希望の箇所に☑してください)</small>	<input type="checkbox"/> 札幌	<input type="checkbox"/> 仙台	<input type="checkbox"/> 大宮	<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"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 大阪	<input type="checkbox"/> 神戸	<input type="checkbox"/> 広島	<input type="checkbox"/> 松山	<input type="checkbox"/> 福岡	<input type="checkbox"/> 鹿児島