

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24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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 那覇					