

2019年__月__日

メンタルメイクセラピスト® 4級検定試験
受験申込書

公益社団法人 顔と心と体研究会 御中

氏名	ふりがな
生年月日	(西暦) 年 月 日
年齢	歳
性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 無回答 (いずれかにチェックを入れてください。)
職業	
住所 (受験票等送付先)	〒
電話番号	
メールアドレス	
受験地の選択	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪 (いずれかにチェックを入れてください。)
検定試験を何でお知り になりましたか	<input type="checkbox"/> 顔と心と体研究会ホームページ・検定ホームページ <input type="checkbox"/> メンタルメイクセラピスト®検定パンフレット <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌・ネット等のメディア <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()

1. 受験申込書に必要事項を記入のうえ、公益社団法人 顔と心と体研究会 事務局宛に郵送又は FAX にてご送付ください。

郵送の宛先：〒160-0017

東京都新宿区左門町 3-1 左門イレブンビル 4 F

FAX 番号： 03-3350-0176

2. 受験申込書送付後 5 日以内に、以下の銀行口座に受験料を振込んでください。

受験料：3,000 円＋税 (3,240 円 ※2019年 9 月 30 日まで有効)

三菱 UFJ 銀行 四谷支店

普通預金 0134448

口座名：公益社団法人 顔と心と体研究会

シヤ) カオトココロトカラダケンキュウカイ

※受験者名と同一の氏名で振込んでください。

※振込手数料はご負担願います。

※受験料の振込みがなければ受験することはできません。

※いかなる場合も受験料の返金はいりません。

3. 10 月 25 日(金)までに受験票をお送りしますので、試験当日、必ずお持ちください。