

# 公開試験受験申込書

公開試験受験者用

試験日 平成20年12月 7日 (日)

受験を希望する級に  
○をつけてください。

3級	4級

※どちらか一方のみ

フリガナ				性別	生年月日	
氏名				1. 男 2. 女	西暦	年 月 日 ( 歳)
住所	〒					
TEL	自宅			勤務先		
Eメール アドレス						
所属	1. 福祉機関勤務		2. 大学生		3. 短大生	
	4. 専門学校生		5. 会社員		6. その他( )	
	学校名または勤務先					
	在学中の方は、以下も記入してください。					
	(大学・短大生)		学部・専攻			
(専門学校生)		学科・コース				
学籍番号				年	組	
試験会場	指定された会場を ○で囲んでください。					
	東京		大阪			

※受験料振込済を証明する伝票を添付して、医療・福祉英語検定協会へ送付してください。

以下の欄には記入しないでください。

1	2