

このまま  
FAX

東海道検定受検要項請求書

	姓	名
※氏名		
※ふりがな		
※郵便番号		
※都道府県		
※市区町村名		
※字、番地、ビル名、号室		
生年月日	T・S・H	年 月 日
性別	男 ・ 女	
メールアドレス		
電話番号	( ) -	
決済方法選択 (希望方法を丸で囲んでください)	現金書留にて郵送・金融機関から振込	
希望受検会場 (希望会場にチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 神奈川 <input type="checkbox"/> 静岡 <input type="checkbox"/> 愛知 <input type="checkbox"/> 三重 <input type="checkbox"/> 滋賀 <input type="checkbox"/> 京/大阪地区	
本検定の主催者であるNPO法人『歴史の道東海道宿駅会議』から、電子メールで各種お知らせを送られることを希望する場合は、右の欄の『希望する』を丸で囲んでください。	希望する	

※は記入必須にさせていただきます。

東海道検定事務局 行き

FAX : 0748-66-1165