全国公開模擬試験 申込書 （北海道版）

■受験申込方法

◎「申込書」にご記入頂き、受講料を納入してください。(ATMからのお振込みも可)
その控えを(コピーでも可)用紙下の「銀行振込控貼付欄」に貼って頂き、FAXあるいは郵送にて三幸医療カレッジまでお送り下さい。申込確認後、「受験票」をご自宅に郵送いたします。

お申込み先 ⇒

FAX:011-223-5363　TEL:0120−55−8635
〒060-0042　札幌市中央区大通西5丁目8　昭和ビル7F
三幸医療カレッジ 「登録販売者 全国公開模擬試験」係　宛

●お申込は、下記申込書に必要事項をご記入の上、受講料の振込控を添付し、ＦＡＸ又は郵送にてお申込ください。
お申込手続き完了後、会場受験者へは『受講証』等、自宅受験者へは『受講証』と『模擬問題』等をお送りします。

受講生番号	Q									―					

氏　名 性　別	フリガナ （男・女）	電話番号	
		携帯電話	
住　所	〒		
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	E-Mail	

※三幸医療カレッジ主催の登録販売者受験対策講座の受講生の方は受講生番号をご記入ください。
※ご住所は試験結果の郵送先となりますので、ご住所は建物名まで正確にご記入ください。
※ご記入いただいたお客様の情報は当校の講座案内以外には使用いたしません。

●会場受験か自宅受験かご希望の方に○をして下さい。

○を記入	種　類	金額(税込)
	会場受験	８，０００円
	自宅受験	７，５００円

●会場受験をご希望の場合は、ご希望の会場名と試験日をご記入ください。

	申込会場	実施月日
	（記入例）札幌大通会場／昭和ビル７F	７月　　６日
第一希望		月　　日
第二希望		月　　日

※第一希望が定員になりましたら、第二希望の会場を優先予約いたしますので、第二希望のある方はご記入ください。

＜銀行振込控貼付欄＞

●ココに、受験料（会場受験8,000円／自宅受験7,500円）の振込控えを貼付して下さい。（コピーでも結構です）

●お振込みはＡＴＭからでも可能です。

●振込手数料はご負担下さい。

＜受験料のお振込み先＞
北洋銀行　大通支店　（普）５２２０７０６　　口座名義：三幸医療カレッジ
郵便局　　０２７１０−３−７７１７０　　口座名義：三幸医療カレッジ

JACDS日本チェーンドラッグストア協会加盟 学校法人　三幸学園グループ　**三幸医療カレッジ**
〒060-0042　札幌市中央区大通西５丁目８　昭和ビル７F
フリーダイアル：０１２０−５５−８６３５　ＦＡＸ：０１１−２２３−５３６３
URL：http://www.35189.jp　　E-mail：sap@35189.jp