



電話対応技能検定(もしもし検定) 1級 申込書

検定級	1 級		
コース名	<input type="checkbox"/> 検定+講習15時間	<input type="checkbox"/> 再受検(検定+講習3時間)	
会員区分	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 一般	
事業所名			
住所	〒 -		
受講者氏名	(フリガナ)		
電話番号			
E-mail	@		
連絡担当者	氏名	所属	役職
2級認定番号			
■再受検の方 受講修了証明書	受講修了証明書番号	実施機関名	
	有効期日	年 月 日	

上記、ご記入いただいた個人情報、本事業の目的以外には使用いたしません。

<お問合せ先> 公益財団法人日本電信電話ユーザ協会
関東事業推進部 TEL(03)5820-2077