



# 電話応対技能検定(もしもし検定) 4級 申込書



FAX 03-5820-2078

検定月	<input type="checkbox"/> 7月 前橋会場	<input type="checkbox"/> 11月 高崎会場	<input type="checkbox"/> 2月 太田会場
	(検定月に☑をつけてください)		
会員区分			
事業所名			
住所	〒 -		
電話番号			
連絡担当者	氏名	所属	役職
E-mail	(メールで開催案内、請求書、合否通知をお送りします)		
受検者氏名	(フリガナ)		
受検者氏名	(フリガナ)		
受検者氏名	(フリガナ)		
受検者氏名	(フリガナ)		

◆申込方法 「もしもし検定4級申込書」を **FAX 03-5820-2078** でお申込みください。  
上記、ご記入いただいた個人情報、本事業及び当協会の各種ご案内以外に利用いたしません。

<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 下田 TEL(03)5820-2077