

検定出張試験お申込書

- 太枠内の必要事項にご記入のうえ、検定事務局(FAX:03-5215-8667)までお送りください。
- 受付は実施希望日の1年前～1ヶ月前です。
- 試験実施日ごとにお申込みください。
- 設備・日時によっては、ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。

お申込み日：_____

実施希望日	年 月 日	時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ※いずれか、もしくは両方を選択
-------	-------	-----	---

試験の実施担当者	フリガナ			
	会社名/学校名			
	部課/学部・学科			
	所在地			
	フリガナ			
	ご担当者氏名	電話	-	-
	Eメールアドレス	FAX	-	-

※上記と異なる場合にのみご記入ください

請求先	フリガナ			
	会社名/学校名			
	部課/学部・学科			
	所在地			
	フリガナ			
	ご担当者氏名	電話	-	-
	Eメールアドレス	FAX	-	-

お申込人数	DTP 検定Ⅰ種	名	Web リテラシー	名
	DTP 検定Ⅱ種	名	Web デザイン	名
	DTP 検定Ⅲ種	名	Web ディレクション	名
			Web プロデュース	名
	プロダクトデザイン検定2級	名		
合計				名

設備	試験実施 PC	コンピュータのメーカー： _____ 製品名および型番： _____ 物理メモリ： _____ MB OSの種類およびバージョン： _____ Flash Playerのバージョン： _____ ディスプレイの解像度： _____ × _____
	台数	計 _____ 台 (試験室 _____ 計 _____ 室)
	ファイアウォール	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、202.3.143.171 へのアクセスを <input type="checkbox"/> 許可できる <input type="checkbox"/> 許可できない)

お問い合わせ：ワークスコーポレーション 検定事務局

〒102-0074 東京都千代田区九段南 1-5-5 TEL : 03-5215-8665 kentei@wgn.co.jp