サプリメント管理士マスター認定試験

受 験 願 書 取 り 寄 せ FAXシート

＊受験願書は、下記「区分」にある資格取得後 ご請求ください。

区 分	□マスターコース受講者 □マスターコース修了者 □サプリメント管理士認定登録者 □指定資格・有資格者：（医師・歯科医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・栄養士）
受講番号 ※受講者、修了者のみ	
氏 名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
送付先住所	※前回登録されたご住所と変更がない場合、ご記入の必要はありません。 〒
必要部数	□１部　□２部　□その他（　　）部

【FAX番号】03－3662－1990

※受験願書は下記電話番号及びホームページからも取り寄せできます。

お問い合わせ

特定非営利活動法人新生活普及協会／ＳＳＦＫ研修センター
TEL）　03－5642－6600　※10:00am～17:00pm
HP）　http：／／www. ssfk. co. jp