



リスクマネジメント協会

リスク検定 受験申込書

Test of
Risk
Identification Skill

FAX送信番号: 0120-937-660

以下のとおり、リスク検定試験に申込みます。

○ 試験日程・会場について

希望試験日	西暦	年	月	日
試験会場	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪			
受験パック	<input type="checkbox"/> 試験のみ <input type="checkbox"/> テキスト+受験 パック			

○ 受験者について

申込年月日						
フリガナ				性別		
氏名	(姓)	(名)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	西暦	年	月	日		
住所	〒					
	(ビル名等)					
連絡先	TEL				FAX	
メールアドレス (携帯アドレス不可)						
受験者情報	該当するところに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。					
① 職業	<input type="checkbox"/> 会社役員	<input type="checkbox"/> 会社員	<input type="checkbox"/> 公務員	<input type="checkbox"/> 派遣社員		
	<input type="checkbox"/> 個人事業	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 学生		
② 所属部署	(企業・組織にお勤めの方のみ)					
	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント関連	<input type="checkbox"/> 人事・総務	<input type="checkbox"/> 経理・財務	<input type="checkbox"/> 営業・販売		
③ 企業業種	(企業・組織にお勤めの方のみ)					
	<input type="checkbox"/> 製造	<input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> その他金融	<input type="checkbox"/> IT (情報技術)		
	<input type="checkbox"/> 建設・不動産	<input type="checkbox"/> サービス	<input type="checkbox"/> 医療・福祉	<input type="checkbox"/> その他		

事務局使用

受付担当者	受付日	登録番号	