

【大阪会場】

特定非営利活動法人日本メディカルハーブ協会 第11回 ハーバルセラピスト認定試験 実施要項

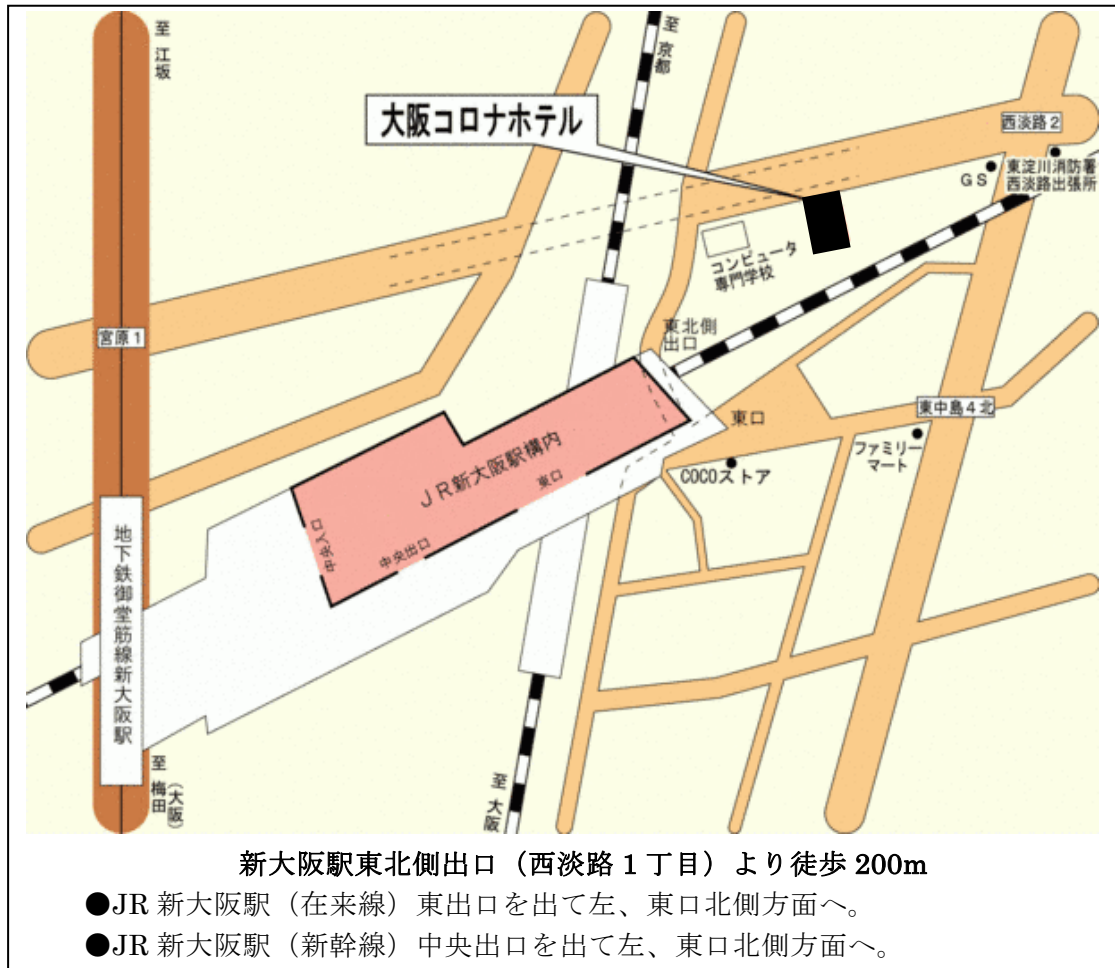
特定非営利活動法人 日本メディカルハーブ協会（以下「JAMHA」という）では、下記のとおり、第11回ハーバルセラピスト認定試験（以下「試験」という）を実施します。なお、試験に合格した会員は、認定登録手続後、JAMHA 認定「ハーバルセラピスト」の資格が授与されます。

試験日および試験時間について

試験日	平成22年11月14日（日）
開場	13時30分開場（受付開始）
試験説明	13時45分から
試験時間	14時から16時まで（試験時間2時間）

*試験を開始してから20分を経過した後の入室は認められません。

試験方法	マークシート方式の学科試験
試験会場	大阪コロナホテル 別館 2F 大会議室 大阪市東淀川区西淡路1-3-21



※ハーバルセラピスト認定試験は、日本メディカルハーブ協会の会員でなければ受験できません。会員登録がお済みでない方は、受験申込と同時に入会手続きを行ってください。入会手続きは、入会申込書又は JAMHA ホームページから行ってください（ホームページからの入会申込は10月1日より開始予定です）。

受験料の納入方法について

受験料 12,000 円を下記の銀行口座に振込んでください(振込み手数料はご負担ください)。必ず受験者個人名にて振込んでください。受験料はすべて前納とし、いったん納入された受験料は、理由の如何を問わず、返還いたしません。

なお、受験票が届くまでは、受験料の振込票又は写しを保管してください。

銀行名・口座種別 三菱東京UFJ銀行 神保町支店 普通預金

口座番号 2419422

口座名義 特定非営利活動法人日本メディカルハーブ協会
トクヒ)ニホンメディカルハーブキョウカイ

※会員の方は受験料を振込の際、振込名義人の前に 6 桁の会員 ID (会員番号) を入力してください。

※未入会の方は受験料 12,000 円+入会金 5,000 円+年会費 5,000 円の合計 22,000 円をまとめて振込んでください。

受験の手続について

受験者は、受験願書に必要な事項をもれなく記入のうえ、提出してください。

- ア 受験願書 認定校発行の修了証のコピーを裏面に貼付してください。
- ・ボールペンを使用し、楷書で正確に記入してください。(捺印1ヶ所あり)
 - ・写真<縦4cm×横3cm>の裏面に撮影年月日及び氏名を油性ペンで記入し、所定の欄に剥がれないように添付してください。
 - ・再度受験する会員は、認定校発行の修了証のコピー、もしくは前回の受験票を願書の裏面に貼付してください。
- イ 入会手続き 入会手続きがまだの方は入会申込書または協会ホームページから入会申込を行ってください。ホームページからの入会申込は10月1日開始予定です。

受験に関する書類の受付期間及び提出先について

- (1) 受験に関する書類は、**簡易書留郵便**で JAMHA 事務局まで送付してください。
なお、受験願書の受付期間は**平成 22 年 10 月 4 日 (月) ~平成 22 年 10 月 19 日 (火)**の間とします。(10月19日消印有効)
- (2) 受験に関する書類は、受理後、一切返還いたしません。
- (3) 受験に関する書類の提出後、住所等の変更があった場合には、受験票が確実に届くよう、郵便局に必ず転居届を提出してください。

受験票の送付について

受験票は、平成 22 年 11 月 4 日頃 JAMHA 事務局より郵便はがきに記載し発送いたします。受験者は、**平成 22 年 11 月 8 日 (月)**までに受験票が届かない場合は、速やかに JAMHA 事務局まで連絡してください。試験当日は**受験票を必ず持参**してください。

試験結果の発表及び通知について

試験結果通知は、試験終了約 1 ヶ月後に JAMHA 事務局より郵便で通知します。

お問い合わせ先

ご不明な点につきましては、下記までお問い合わせください。

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町 3-2-9 塚本ビル 6F

特定非営利活動法人日本メディカルハーブ協会事務局

TEL : 03-3230-4182 FAX : 03-3230-4184

E-mail : info@medicalherb.or.jp

特定非営利活動法人日本メディカルハーブ協会
第11回 ハーバルセラピスト認定試験受験願書

大阪会場 「大阪コロナホテル」					写 真 縦 4cm 横 3cm
氏 名	ふりがな	会員ID <small>※入会済の方のみ</small>	性別	男・女	
生年月日	西暦	年	月	日	
現住所	〒 _____ ふりがな _____ 都・道 区・市 府・県 郡 (マンション・アパート名等までご記入ください) 電話番号 () _____ 日中連絡先 () _____				
<p>特定非営利活動法人日本メディカルハーブ協会認定 ハーバルセラピスト養成講座</p> <p>受講修了年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>認定校名 : _____</p> <p>私はこの認定試験に申し込みます。</p> <p>なお、私はこの試験の受験資格をすべて満たしており、また、この願書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p>西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>特定非営利活動法人日本メディカルハーブ協会 理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ (印)</p>					
<p>受験料の振込について、下記ご記入ください。</p> <p>◆振込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ◆振込金額 ¥ _____</p> <p>◆振込名義人 _____ ◆入会登録番号 _____</p> <p>◆備考 _____ ※ウェブから新規入会手続きをされた方のみ記入。</p>					



入会申込書

入会をご希望の方は、入会費用 1 万円(入会金 5,000 円/年会費 5,000 円)をお振込みいただき

下記の申込欄に必要事項をご記入の上、JAMHA 事務局宛に郵便でお送り下さい。

※2010 年 10 月 1 日より、JAMHA ホームページから入会手続きが可能です。

※年会費の対象期間 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日(途中入会の場合でも年会費の割引はございません。)

申込日(西暦) 年 月 日

下記のとおり、特定非営利活動法人 日本メディカルハーブ協会(JAMHA)に入会します。

氏名(ふりがな) () / 性別 男・女

生年月日(西暦) 年 月 日

氏名のローマ字表記(姓 / 名)

住所 〒

電話番号() — FAX() —

メールアドレス @

職業

振込先

三菱東京UFJ銀行 神保町支店
普通2419422
トクヒニホンメディカルハーブキョウカイ
(振込み手数料はご負担ください)

◆振込日 月 日

◆振込金額 ¥

◆振込名義人

◆備考

ご記入いただいた個人情報は、入会審査・会員登録の目的で使用します。その後、会員登録情報及び会員情報として安全に管理し、当協会発行物および各種ご案内の送付・ご連絡以外の目的で使用することはありません。

特定非営利活動法人 日本メディカルハーブ協会

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町 3-2-9 塚本ビル 6F

Tel 03-3230-4182 Fax 03-3230-4184

<http://www.medicalherb.or.jp/>

info@medicalherb.or.jp