www.bct-jp.com

SELLING VISION

ＢＣＴ事務局行

※ この申込書を事務局まで送付、または(03-5251-6020)まで FAX してください。
※ 写真を 2 枚（縦 4 ㎝×横 3 ㎝）裏面に名前を記入の上送付してください。

ＢＣＴ事務局：〒105-0003　東京都港区西新橋 1-9-1　ﾌﾞﾛﾄﾞﾘｰ西新橋ﾋﾞﾙ 8 階
ＴＥＬ：03-5251-3101　　ＦＡＸ：03-5251-6020

申込み締切：６月２７日（金）

2009 年　第２回 BCT 受験申込書

受験日：2009 年７月１1 日(土曜日)午後 12 時 30 分受付開始

太枠内をご記入ください。　　申込日：　　年　　月　　日

※　該当番号に○をつけてください。
※　東京会場のみ試験内容にも○をつけてください。

受 験 地：１．仙台　　２．東京　　３．名古屋　　４．大阪　　５．福岡
試験内容：１．両方　　２．ヒアリング・読解　　３．会話・作文　＊会話・作文は東京のみ

性　別：１．男　　２．女

カタカナ氏名　※姓と名の間は１マス開けてください。また濁点、半濁点も１マスとします。

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

ローマ字氏名　※大文字で姓名の順で記入。（姓と名の間は１マスあけてください。

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

郵便番号
〒□□□　□□□□

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

写真	写真
FAX の方は、別途写真を事務局まで郵送してください。	

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

国籍＿＿＿＿＿＿＿＿ＨＳＫ＿＿級

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

e-mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受験生に対する情報提供のため、日本ＢＣＴ事務局発行の公式メールマガジンに登録させていただきます。

受験料をお支払いされたことを証明するものをお貼りください。

お振込先
三井住友銀行　本店営業部　普通口座９５７８６１２　セリングビジョン（株）

※　個人情報は、当該検定試験のご案内、実施、受験生の円滑な受験、試験結果の送付、受験者の受験履歴の管理等、当該検定試験の目的遂行に必要な範囲で使用されます。