

記入日 年 月 日

受験科目	<input type="checkbox"/> ベーシックスキルテスト <input type="checkbox"/> アドバンススキルテスト <input type="checkbox"/> プロフェッショナルスキルテスト <input type="checkbox"/> ジュニアインストラクタースキルテスト <input type="checkbox"/> チーフインストラクタースキルテスト	
受験者氏名	生年月日	年齢
	S・H	年 月 日生
住所 〒		
連絡先電話番号	() -	
メールアドレス		
会社名(所属先、店名、役職など)	メイク歴	
会社住所		
受験票送付について	<input type="checkbox"/> 受験票メール通知希望 <input type="checkbox"/> 受験票郵送希望	

私は、上記検定受験を申し込みいたします。
受付時間遅刻、準備物不足など、NSMの定める受験資格失格項目について確認し、同意いたします。
試験結果の合否について、意義を申し立てしないことを誓います。
試験中に発生したモデルとの事故、自身の道具の破損などについて、NSMに負債申し立てしないことを誓います。

署名

捺印

受験者が未成年の場合、保護者署名

捺印