

※住所、電話はそれぞれ県名市外局番から詳しくお書きください。

<契約されていない学校・団体は、必ずご提出ください>

※海外の団体は英語での表記もご記入ください。

		申込日	年	月	日
学校・団体・ 企業・教室名		電話	(	)	
		FAX	(	)	
代表者名	印	メールアドレス		@	
		(団体用)		@	
		(個人用)		@	
ご担当者名		教科・役職			
所属部署		担当者転 勤後の引 継者			
所在地	(〒	—	)		
検定問題発送先住所	(〒	—	)		
※所在地と異なる場合					
電話	(	)	FAX	(	)
★以下の質問にお答えください。					
◎全児童生徒数(約			)	人	
◎1回あたりの受検者予想数(約			)	人	
※必ずご記入ください					
◎「数検」受検実施ついて(該当するものに○をつけてください)					
( ) 自分の学校(企業・団体)だけを対象に考えたい。					
( ) 地域周辺にも「数検」を広めていきたい。					
( ) 県単位の「数検」普及機関になりたい。					
( ) 検定の実施の他に協会のプロジェクトに積極的に参加したい。					
◎「数検」の位置づけとして(該当するものに○をつけてください。複数可)					
( ) 絶対評価対策		( ) 数学教科の単位として			
( ) 数学選択授業の一環として		( ) 進学対策条件			
( ) 就職対策条件		( ) 学習意欲の向上対策			
( ) 校外学習歴・体験学習					
( ) その他(					
◎ご意見・ご希望など					

○郵送の場合 〒125-8602 東京葛飾新宿郵便局 私書箱13号  
 日本数学検定協会

○FAXの場合 03-5660-5775

知のパスポート「数検」! 知の財産を貯めよう!