

食品衛生責任者養成講習会受講申込書

公益社団法人茨城県食品衛生協会

太枠内に必要事項をご記入願います。

※食品営業関係者は1, 2, 3, 4, 5に、自主的受講者は1, 2, 4, 5に記入願います。

(機械入力しますので、はっきりと正確な文字でご記入ください。)

また、受講票送付希望の住所の口にレ点を付けてください。

| | | | | | |
|-----------------------------------------|------------|-----------------|---|----------------------------|-----------|
| 1. 受講区分(該当に○印を) | | 食品営業関係者 | | 自主的受講者 | |
| 2. 受講者 <input type="checkbox"/> | ふりがな | | | | 性別 男・女 |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 自宅住所 | (〒) | | | |
| | 電話番号(携帯番号) | | | | |
| | Eメール | | | | |
| 3. 営業施設 <input type="checkbox"/> | 名称 | | | | |
| | 所在地 | (〒) | | | |
| | 営業者名(法人名) | | | | |
| | 営業施設電話番号 | | | | |
| | 業種 | | | | |
| 4. 受講申し込み理由 (該当に○印を) | 食品営業関係者 | ・新規許可申請に伴い必要なため | | ・責任者変更のため | |
| | 自主的受講者 | ・責任者未設置のため | | ・食品関係営業に従事のため | |
| | | ・興味があるため | | ・その他() | |
| 5. 受講希望日 | | | | | |
| 6. 営業施設の管轄保健所名 | | 保健所 | | <input type="checkbox"/> 誓 | 有・無 |
| 7. 受付協会名 | | 食品衛生協会 | | No.3- | |
| 8. 受付年月日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 9. 県協会送付年月日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 FAX・郵送 |
| 10. 備考 | | | | | |

注: 栄養士、調理師、製菓衛生師等の免許をお持ちの方は受講の必要はありません。

保健所に免許証を提示し、食品衛生責任者設置届・変更届を提出してください。

◎お申し込み後のお問合せ先 (公社)茨城県食品衛生協会 TEL 029-241-9511