

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	
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.5-	
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。

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