

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し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
	氏名			男・女
	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 ・責任者未設置のため		・責任者変更のため ・食品関係営業に従事のため
	自主的受講者	・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 checked="" type="radio"/>	有・無
7. 受付協会名		食品衛生協会	No.6-	
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