

FAX 送信先：029-241-8372

送信先アドレス：ibsyoku2@pluto.plala.or.jp

公益社団法人茨城県食品衛生協会 宛

HACCP に沿った衛生管理を実践している事業者向け

HACCP フォローアップ研修会 受講申込書

※1 事業所複数名でのご参加も可能です。

受講希望日	受講を希望する日程、会場に○をしてください。 1 11月7日(金) 会場:ホテルレイクビュー水戸 2 11月13日(木) 会場:つくば国際会議場 3 11月21日(金) 会場:ホテルニューつたや
受講者氏名	御氏名 (同じ所属で複数名での受講希望の場合は連記してください。)
受講者連絡先	御住所 電話番号
勤務先事業所名 (ご所属する事業 所名)	御事業所名 業種名(飲食店、菓子製造業等)
個別演習 (個別に衛生管理に関する 相談対応をします。)	どちらかに○をしてください。 希望する ・ 希望しない

※記載いただいた個人情報、本講習会開催時以外の目的には使用いたしません。
第三者に対して同意なしに個人情報を提供することはありません。

◎会場案内

ホテルレイクビュー水戸



つくば国際会議場



ホテルニューつたや

