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

**小規模事業者（従業員数５０名以下）向け**

**HACCPフォローアップ研修会　受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望日 | 受講を希望する日程、会場に〇をしてください。  　１　　 １２月１日（月）　会場：ホテル天地閣  　２　　 １２月３日（水）　会場：ホテルレイクビュー水戸  　３　　　１２月９日（火）　会場：つくば国際会議場 |
| 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は、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

　ホテル天地閣　　　　ホテルレイクビュー水戸　　　つくば国際会議場

　　　　　　　　　　　　　　　　