

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○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、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

