

食品衛生責任者養成講習会受講申込書

《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。》

申込先: ()食品衛生協会 (FAX番号:)

受講希望日					
受講区分(該当に○印を)		食品営業関係者 ・ 自主的受講者			
営業関係者は①～⑦を記入	自主的受講者は①～④を記入	① 受講者氏名	ふりがな		
		② 生年月日	年	月 日	
		③ 自宅住所	〒		受講票送付先 <input type="checkbox"/>
			電話番号()		
	④ E-mail				
	営業関係者は①～⑦を記入	⑤ 営業者名(法人名)			
		⑥ 営業施設名(屋号)			
⑦ 営業所住所		〒		受講票送付先 <input type="checkbox"/>	
	電話番号()				

【申込注意事項】

- 受講票は講習日の約2週間前に郵送しますので、受講票送付先のいずれかへチェックをしてください。
- 受付完了のご連絡はしていません。受付を確認される方は、申込先の食品衛生協会へご連絡ください。

茨城県内の食品衛生協会
一覧はこちら



公益社団法人茨城県食品衛生協会
ホームページはこちら



食協記入欄	管轄保健所	保健所	受付年月日	令和 年 月 日
	受付食協	() NO.8-	県協会送付日	令和 年 月 日
	備考			
				入力番号

※申込後のお問合せ※公益社団法人茨城県食品衛生協会 (TEL 029-241-9511)