

食品衛生責任者養成講習会受講申込書

岩国管内食品衛生協会 行

提出先：FAX 0827-29-1594

(FAX送信後はお手数ですが 平日8:30~17:00 に TEL 0827-29-1581 までご連絡ください。)

又は 〒740-0016 岩国市三笠町一丁目1-1 まで郵送

申込日：令和 年 月 日

食品衛生責任者養成講習会を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

記

| | | |
|-----------------|---------------------------|-------------|
| 受講希望日 | 令和 7 年 1 月 2 9 日 (水) 岩国会場 | |
| 受講者 | ふりがな | |
| | 氏名 *1 | |
| | 生年月日 *1 | 昭和・平成 年 月 日 |
| | 住所 | (〒 -) |
| | 電話番号 *2 | |
| どちらからに○を付けてください | 下記施設の責任者として 設置 ・ 資格取得のみ | |
| 勤務先施設 *3 | 屋号(名称) | |
| | 営業者名 | |
| | 所在地 | (〒 -) |
| | 電話番号 | |
| | 営業の種類 | |

*1 氏名・生年月日は修了証に記載しますので、楷書で正確にご記入ください。

*2 緊急時等に必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください。

*3 飲食店や食品関係等の勤務先施設があればご記入ください。

申込書に記載の個人情報は、食品衛生責任者業務に係る事務手続きのみに使用します。

なお、申し込みは先着順で定員に達した場合は、受付を終了いたします。

※HP