

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 10 月 29 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