

# 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 8 年 8 月 27日 (木) 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。

また、申込後に連絡無く当日欠席された場合は、キャンセル料をいただく場合がございます。

※HP