

食品衛生責任者養成講習会

申 込 書

(受講 No. _____)

申込日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

公益社団法人 千葉県食品衛生協会会長 様

受講者 氏

住所

(フリガナ)

氏名

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 (_____)

1、勤務する施設（未定の場合は未記入可能です）

屋号 _____ 電話番号 _____

営業所所在地 _____

営業者名（代表者名） _____

2、お弁当（当日、別途 税込み1,200円をご用意してください） （お茶付き）

希望する 希望しない （に✓を入れてください）

* 文字は楷書にてご記入下さい。

<<FAX送信先 >> 柏市食品衛生協会 04-7167-0498