

(様式第1号)

食品衛生責任者養成講習会受講申込書

年 月 日

一般社団法人長野県食品衛生協会 理事長 様
(地域食品衛生協会長 経由)

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。

(修了証書に反映しますので、正確な文字ではっきりとご記入ください。)

受講希望日		月	日	会場
受講者	住所	(〒)		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	電話番号			
営業施設	名称			
	所在地	(〒)		
	電話番号			
受講票送付先 (右欄の□にレ点をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 受講者住所 <input type="checkbox"/> 営業施設所在地 <input type="checkbox"/> その他(下記へ記入) (〒)			

○ 受講料：8,000 円 (受講日当日受付で納付してください。)

○ 受講できる場合、受講票を後日長野県食品衛生協会から送付します。

○ キャンセル待ちについては、人数に制限がありますので、当協会までお問い合わせください。
(電話026-234-5046)

* 障がいのある方で、一定の配慮が必要な場合には、申込み時にその旨担当まで御連絡ください。

* 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にのみ使用します。

※ 地域協会記入欄 (以下は、記入しないで下さい。)

受付地域協会名			受付担当者	
受付年月日	平成	年 月 日	FAX送付年月日 (受付年月日と同一の場合記入不要)	平成 年 月 日
受付番号		特記事項	無 有 ()	