

窓口へ持参又はFAXしてください。

FAX番号 0829-31-1152

様式第2号

食品衛生責任者養成講習会受講申込書

廿日市食品衛生協会長 様

受講申込者氏名

食品衛生責任者養成講習会を受講したいので、申し込みます。

受講者氏名	ふ り が な
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 生
男 女 の 別	男 ・ 女
受講者住所及び連絡先	(住所) 〒 (電話)
営業（従事）施設の名称	
営 業 者 名	
営 業 所 所 在 地	〒
業 種	
該当する資格があれば、 ○を付けてください。	栄養士，調理師，製菓衛生師，食品衛生管理者， 食鳥処理衛生管理者，船舶料理士