

【伊佐地区】

食品衛生責任者養成講習会受講申込書

記

受講者名 _____

生年月日 _____

住 所 _____

自宅電話番号／携帯番号 _____

営業所名 _____

営業所電話番号 _____

連絡先希望 (自宅 ・ 営業所 ・ 携帯)
※いずれかを○で囲んでください。

食品衛生責任者養成講習会を受講したいため上記のとおり申込いたします。

令和 年 月 日

※受講申込確認書の送信希望の有無 (有 ・ 無)
確認書送信希望先 FAX (— —)

伊佐地区食品衛生協会 TEL0995-23-5106 Fax0995-23-5124

【事務局使用欄】

受講申込確認書

【受付印】

上記講習会の申し込みを受け付けました。

受付番号 No. R 2 —

