

受講希望者 各位

伊佐地区食品衛生協会

会 長 中村 周二

食品衛生責任者養成講習会の開催について

この度、標記講習会を下記のとおり開催することになりました。

営業者の皆様は、食品衛生法の規定により各営業施設に食品衛生責任者を必ずおこななければなりません。この講習会は、新規営業施設や有資格者が欠如した営業施設および将来食品営業を行う予定の受講希望者を対象とするもので、該当する施設は必ず受講してください。

つきましては、準備の都合上、受講の有無を 10 月 11 日（火）までに当協会事務局へ電話又は FAX（同封申込書に記入後）にてお申込みください。事前にお申込みがない場合は、当日受付できませんので受講希望者は必ずお申込みください。（※定数になり次第締切）

なお、食品衛生責任者が調理師や栄養士、製菓衛生師などの免許取得者、または既に食品衛生責任者養成講習会修了者が配置されている施設は、当協会へ責任者氏名、取得年月日、資格番号等を電話又は FAXにてご連絡ください。

また、新型コロナウイルス感染拡大等の影響で中止または延期とさせていただく場合がございますのでご了承ください。中止、延期のご連絡については、開催日の 5 日前までに、お申込された方々へ、こちらからご連絡いたします。

なお、同封しました「健康確認用チェックシート」を事前（当日か前日）にご記入いただき、当日は受講申込書原本とあわせてご持参の上、マスク着用でご参加ください。

記

1. 日 時 令和 4 年 10 月 25 日（火） 9:00 ～ 16:30（受付時間 8:30～8:55）

2. 場 所 田中ふるさと館

（伊佐市菱刈重留 1214 番地 Tel0995-26-5288）※駐車場は近隣に 2 箇所所有

3. 持参する物 受講申込書（原本）、健康確認用チェックシート、マスク、運転免許証等、筆記用具、昼食（外食可）

※受付時に御本人確認をさせていただきますので、運転免許証等（お顔確認出来る公的な証明）をご持参ください。

※昼食時間は換気及び消毒作業のため、館内は閉鎖いたします。

4. 受講料 10,000 円（テキスト代含む）

※ 講習会の時間を厳守してください。（昼食後の講習開始についても同様）

遅刻・早退、長時間離席等がある場合には修了証を交付出来ませんのでご了承ください。

※ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がある場合や体調不良がある場合の参加はご遠慮ください。また、政府からの入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航並びに当該在住者との濃厚接触のある場合はご相談ください。

（※対象地域については外務省のホームページでご確認ください。）

※ 今回受講された方の個人情報については、万一、会場内での感染症等の発生が確認された場合、保健所等へ情報を提供させていただく場合がありますのでご了承ください。

（連絡先）

伊佐市大口里 53-1 大口保健所内
伊佐地区食品衛生協会 担当 迫田
Tel0995-23-5106・fax0995-23-5124

【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 _____

緊急連絡先（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し込みたいとします。

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 Tel.0995-23-5106 Fax0995-23-5124

【事務局使用欄】 受講申込確認書

上記講習会の申し込みを受け付けました。

【受付印】

受付番号 No. R4 _____

健康確認用チェックシート

体温記入と該当する項目□に✓をご記入ください。

当日の体温 _____ ℃

(平熱です。 平熱ではありません。)

1. 風邪の症状がありますか？
 なし あり (症状の種類 _____)
2. 息苦しさ、強いだるさ、高熱等の強い症状がありますか？
 なし あり
3. 発熱や咳、のどの違和感など比較的軽い症状が4日以上続いていますか？
 続いていない 続いている
4. その他の体調不良がありますか？
 なし あり (症状の種類 _____)
5. 政府からの入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国、地域等への渡航並びに当該在住者との濃厚接触がありますか？
 なし あり
6. 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルス感染症の疑いがある人がいますか？
 いない いる
7. 新型コロナウイルス感染症の疑いがある患者と濃厚接触がありますか？
 ない ある

記入した内容に相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

(会場での計測体温 _____ ℃)

※記入いただいた内容について、事務局が詳しく確認させていただき、参加をご遠慮いただく場合があります。詳しくは事務局へお尋ねください。

※発熱や体調不良のある場合は事務局 (TEL0995-23-5106) までご連絡ください。

～ 記入のご協力ありがとうございました。～

【事務局記載欄】

会議・講習会名 【 令和4年度 食品衛生責任者養成講習会 伊佐会場 】
講習会時の受講番号 【 _____ 】