

食品衛生責任者養成講習会
申 込 書

平成 年 月 日

社団法人千葉市食品衛生協会会長 殿

※受講希望日 平成 年 月 日

受講者 住 所 _____

フリガナ
氏 名 _____

(氏名は、正確に楷書でご記入ください)

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

電 話 ()

営業所 屋 号 _____

所 在 地 _____

電 話 ()

上記のとおり申し込みいたします。

FAX による申し込みの場合

協会と送受信可能な連絡先 電 話 ()

F A X ()

協会記入欄

協会電話番号 043(243)2385

F A X 043(243)2887

※印欄は、協会記入欄ですので記入しないでください。	
※ 受 講 日	
※ 受 付 番 号	
※ 担 当 者 氏 名	

※ 当協会からの返信をもって受付完了といたします。

※ **FAX** による申し込みの方は、講習会当日この用紙を
受付にてご提示ください。