

様式第1号

食品衛生責任者養成講習会受講申込書

令和 年 月 日

一般社団法人岡山県食品衛生協会長 様

営 業 者	店の名前		電話番号	
	営業所所在地			
	営業者氏名 又は 法人名			

次のとおり食品衛生責任者養成講習会を受けたいので申し込みます。

※電話番号はあなたへの連絡が可能な電話番号（個人携帯番号等）を必ず記入してください。

受 講 者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		昭・平 年 月 日	
	住 所		電話 番号	
	受講の目的	・食品衛生責任者の変更 ・食品衛生責任者の増員 ・新規開店（済・申請中） ・店舗開店予定 年 月 日頃 ・届出営業 ・その他		
	開催日			
	開催会場			

※万一新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対策として住所欄を設けています。

※受講申込先（（一社）岡山県食品衛生協会）

F A X 番 号 : 0 8 6 - 2 7 3 - 9 0 4 5

e-mail アドレス : okayamafha@mx91.tiki.ne.jp

***送信元の F A X 番号が非通知設定の場合（コンビニ等）、当協会では受信できませんのでご了承ください。**

※受講承諾通知書の発送は、申込の先着順に募集定員到達までとさせていただきます。

【受講承諾通知書の発送先】 必ずご記入ください。

F A X 番号	
e-mail アドレス	

※あなたが、受講承諾通知書の受取を希望する F A X 番号又は e-mail アドレスをご記入ください。

※この申込書は受講会場に持参していただきますので、大切に保管してください。