

様式

年　月　日

_____ 食品衛生協会長 様

食品衛生責任者養成講習会受講申込書

1 受講者

フリガナ 氏名		生年月日	西暦 年　月　日
住 所	〒	TEL	

2 受講者が従事する営業施設

食品関連施設に従事している方は、次の項目を記入してください。

営業 施設	所在地	〒
	営業者	
	名称等	TEL
営業の種類 ・許可番号	許可又は届出営業の種類	許可番号（届出営業は不要）

3 受講方式

希望する受講方式に○を付けてください。

- () 集合方式 [開催日 年 月 日]
() e ラーニング方式

4 受講案内の送付先

集合方式を希望される方には、地区食品衛生協会から養成講習会の案内を送付します。

食品関連施設に従事している方は、希望する送付先に○を付けてください。

- () 受講者の自宅
() 従事している営業施設

- ※ e ラーニング方式を希望される方は、別紙ご案内を参照のうえ、受講してください。
※ ご記入いただきました個人情報は、講習会の案内、修了証書の交付のために利用します。
※ 必要に応じて、受講結果（氏名、生年月日、修了証番号等）を保健所へ情報提供します。