

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	〒	T E L	

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。