

受講申込書

令和 年 月 日

一般社団法人滋賀県食品衛生協会長 様

滋賀県食品衛生責任者資格認定講習会を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

記

受講希望日・会場	令和 年 月 日 _____ 会場	
受講者	住所	
	ふりがな 氏名	【わかりやすく明瞭にご記入ください。】
	生年月日	西暦・昭和・平成 年 月 日
	電話番号	() —
	勤務先名称	
申込者 (受講者と同じ場合は 記入不要)	住所	
	氏名	
	電話番号	() —

※番号（記入しないこと）

協会

食品衛生責任者資格認定講習会受講票

ふりがな
氏名

生年月日 西暦・昭和・平成 年 月 日

受講会場 _____ 受講日 令和 年 月 日

協会長
之印

◎この講習会受講票は、受講の当日に持参してください。