（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

一般社団法人長野県食品衛生協会　理事長　様
（　　地域食品衛生協会長　経由）

食品衛生責任者養成講習会を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

（修了証書に反映しますので、正確な文字ではっきりとご記入ください。）

受講希望日		月　　日　　会場
受講者	住所	（〒　　）
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	電話番号	
営業施設	名称	
	業種	
	所在地	（〒　　）
	電話番号	
受講票送付先 (右欄の□にレ点をつけてください。)		□ 受講者住所　□ 営業施設所在地 □ その他－下記へ記入 （〒　　） （TEL　　）

○　受講料：10,000　円　（受講日当日受付で納付してください。）
○　受講できる場合、受講票を受講日の約２週間前に、長野県食品衛生協会から送付します。
○　障がいのある方で、一定の配慮が必要な場合には、申込み時にその旨担当まで御連絡ください。
○　申込書に記載の個人情報は、食品衛生責任者業務に係る事務手続きにのみ使用します。

※　地域協会記入欄（以下は、記入しないで下さい。）

受付地域協会名			受付担当者	
受付年月日	令和　　年　　月　　日		FAX送付年月日 (受付年月日と同一の場合記入不要)	令和　　年　　月　　日
受付番号		特記事項	無　有（　　）	