

食品衛生責任者実務講習会受講申込書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市食品衛生協会 会長

受講希望日	令和 年 月 日
営業の種類 (該当するものを○ で囲んでください)	・許可業種 飲食店営業 食肉販売業 魚介類販売業 菓子製造業 そうざい製造業 その他 () ・届出業種 ・その他 ()
屋 号	
施設の所在地	〒444- TEL - - 岡崎市
(ふりがな) 食品衛生責任者氏名・ 生年月日	生年月日 昭・平 年 月 日生
連絡先	(<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ())
受講票送付場所 (後日送付の場合に記入)	<input type="checkbox"/> 施設の所在地 <input type="checkbox"/> その他 (〒)

注1 受講料を添えて、岡崎市食品衛生協会事務局に事前に申込してください。

2 希望する日に受講できない場合があります。

3 問合せ先

受講申込・開催日に関すること : 岡崎市食品衛生協会事務局 0564-21-3690

受講内容・受講義務に関すること : 岡崎市保健所生活衛生課 0564-23-6068