

# 食品衛生責任者養成講習会受講申込書

平成 年 月 日

福島県相双保健所長

住 所 .....  
営業者  
氏 名 .....  
電 話 .....  
F A X .....

下記により食品衛生責任者養成講習会の受講を申し込みます。

記

- 1 受講者氏名 ..... (男・女) 生年月日 年 月 日生  
電話 .....
- 2 受講者住所 .....
- 3 営業所所在地 .....
- 4 名称又は屋号 .....
- 5 業種 (種目) .....
- 6 従業員数 ..... 名

※講習会日程については、約1カ月前にハガキでお知らせします。必ず受講願います。