

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。