

食品衛生責任者養成講習会申込書

申込日: 令和 年 月 日

一般社団法人沖縄県食品衛生協会 殿

※受講希望日

令和 年 月 日希望

下記の通り食品衛生責任者養成講習会を受講したいので申し込みます。

※の箇所は必須項目です

※(ふりがな)			
※氏名(戸籍記載)			
※生年月日	平成・昭和	年	月 日生
※受講者自宅住所 (アパート名・部屋番号)	〒		
※本籍地 (都道府県名のみ)			※性別 男・女
※自宅電話・ケイタイ番号	TEL:	FAX:	
	ケイタイ:		
メールアドレス			※メールによるお知らせについて <input type="checkbox"/> 受け取る <input type="checkbox"/> 受け取らない
受講料	受講料:8,250円(税込) 当日支払	※弁当注文:500円(税込)	有・無
事業所名			
事業所所在地			
事業所電話	FAX:		
業種			
営業許可番号 もしくは営業報告番号	保健所	第	号