

年 月 日

_____食品衛生協会長 様

営業（予定）者

住 所 _____

氏 名 _____

(法人にあつては、法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

電話番号 _____

食品衛生責任者養成講習会受講申込書

私が営業（予定）する施設に従事する下記の者に食品衛生責任者の資格を取得させるため、「食品衛生責任者養成講習会」に受講させたいので申し込みます。

記

<受講者>

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒	電 話	

<受講方式>

希望する受講方式に○を付けてください。

() 集合方式 () eラーニング方式

<受講者が従事する営業施設>

営業所	所在地	〒	
	名称等		
営業の種類 ・許可番号	許可又は届出営業の種類		許可番号（届出営業は不要）

※ eラーニング方式を希望される方は、別紙ご案内を参照のうえ、速やかに受講してください。

集合方式を希望される方には、食品衛生協会から養成講習会の案内を送付します。

※ ご記入いただきました個人情報、講習会の案内、修了証書の交付のために利用します。

※ 受講結果（氏名、生年月日、修了証番号等）を保健所へ情報提供します。

<事務局記入欄>

新規許可		届 出		変 更		その他	
------	--	-----	--	-----	--	-----	--