

年 月 日

食品衛生協会長 様

営業（予定）者

住 所 _____

氏 名 _____

(法人にあっては、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）	

- ※ 受講予定者には、食品衛生協会から養成講習会の案内が送付されます。
- ※ ご記入いただきました個人情報、養成講習会の受講案内の発送、養成講習会の修了証の交付のため利用し、それ以外での使用はいたしません。
- ※ 営業許可未取得の場合、許可番号は記載不要です。