

「食品微生物検査実習（黄色ブドウ球菌・サルモネラ属菌 2日間コース）」
受講申込書
開催日：平成 29 年 9 月 28～29 日

平成 年 月 日

(フリガナ) 会社(団体)名				
所属・役職	微生物検査経験の 有 無	(フリガナ) 氏 名		
	有 無			
連絡 先	E-mail			
	TEL			
	FAX			
	住所	〒		
請求書の発行が必要な方は○をつけてください		要		

- ① 参加証をメールにて送信いたしますのでアドレスは必ず記入下さい。
- ② 受講料は 9月22日(金) までに下記指定口座にお振り込み下さい。
振込手数料はご負担下さい。
振込日(予定含む)、振込金額につきましてもご記入下さい。
- ③ 一旦納入いただきました受講料につきましては理由の如何を問わずお返しいたしません。

*受講料振込先：みずほ銀行 青山支店 普通口座 1 2 2 9 7 2 1
 公益社団法人日本食品衛生協会
 シヤ) ニホシヨクヒンエイケイヨウカイ

*受講料振込(予定)日：平成 年 月 日 (銀行 支店より)

*受講料振込金額： _____ 円

◎割引金額でお申し込みの方は必ずどちらかに○を付けて下さい 食協会員・特別会員
 また、食協会員については所属の食協名をご記入下さい _____ 食品衛生協会