

「食品汚染カビ検査実習（基礎2日間コース）」受講申込書

開催日：平成29年10月19～20日（木・金）

平成 年 月 日

(フリガナ) 会社（団体）名			
所属・役職	カビ検査 経験の有無	カビ同定 経験の有無	(フリガナ) 氏 名
	有 無	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10月13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1229721  
公益社団法人日本食品衛生協会  
シャ) ニホンシヨクヒンエイセキョウカイ

\*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