

公益社団法人日本食品衛生協会 食品衛生研究所 行

申込書送付先メールアドレス [kenshu@jfha.or.jp](mailto:kenshu@jfha.or.jp)

**「厚生省通知リステリア・モノサイトゲネスの検査法実習」受講申込書**  
開催日：平成 30 年 3 月 9 日（金）

平成 年 月 日

検査機関名			
所 属	役 職	氏 名	
細菌検査経験年数		リステリア検査経験	
年		有 ・ 無	
連 絡 先	E-mail :		
	TEL :	FAX :	
※請求書が必要な場合は、請求書の宛名をご記入下さい。 請求書宛名 :			

①【連絡先】は参加申込者の連絡先をお願いいたします。

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ご記入下さい。

②受講料は参加証到着後、3月6日（火）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。

\*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) ニホンシヨクケンエイカイ

\*振込（予定）日：平成 年 月 日（ 銀行 支店より）

\*振込金額 : 20,000 円（税込）

③ 昼食について必要な方は、お弁当（500円税込）をご用意いたします。

ご注文の方は当日の現金払いにて精算いただきます。 ※昼食のご注文： 有 ・ 無