

# 食品衛生管理者登録講習会申込書

**写 真**

寸法 4 cm × 3 cm

- 上半身、正面無帽
- 写真裏面に氏名を記入して下さい

食品衛生管理者登録講習会を受講したく  
 関係書類を添えて申し込みます。  
 また、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

登録講習会主催団体 御中

記 入	平成 年 月 日
年 月 日	

番 号	※	申 込 責任者*	印
-----	---	----------	---

\*主催者からご連絡させていただく場合のご担当者名をご記入ください

ふりがな				男	生							
氏 名				女	年	昭	和	年	月	日	生 ( 歳 )	
現 住 所	〒											
	Tel (       )       -											
本 籍 地												
勤 務 先 名						代 表 者 名						印
所 在 地	〒											
	Tel (       )       -       FAX (       )       -											
受 講 理 由												
連 絡 先	勤 務 先 ・ 現 住 所											
履 業 歴 書 経 験 年 数 資 格	事 業 所 名			在 職 期 間				経 験 年 数				
				自	昭	和	年	月	日	年    月		
				至	昭	和	年	月	日			
				自	昭	和	年	月	日	年    月		
				至	昭	和	年	月	日			
				自	昭	和	年	月	日	年    月		
至				昭	和	年	月	日				
最 終 卒 業 学 校						卒 業 年 月	昭	和	年	月	卒 業	

※事務局記入欄

事 業 経 験 年 数	出 席 日 数	試 験 点 数	受 講 料 支 払 い	修 了 の 可 否
※    年    月	※	※	※	※

## 雇用証明書

ふりがな  
氏名：

\_\_\_\_\_

現住所：

\_\_\_\_\_

生年月日： 昭和・平成 年 月 日生（ 歳）

\_\_\_\_\_

上記の者は、当社の従業員で添加物の製造または加工の衛生管理の業務に  
昭和 年 月 日から 昭和 年 月 日まで 年 月間従事していることを証明する。  
平成  
(従事年数は講習会開催の前日までに2年以上必要です)

会社名：

\_\_\_\_\_

許可業種：

\_\_\_\_\_

代表者名：

印

\_\_\_\_\_

所在地：

\_\_\_\_\_

製造または加工し  
ている主な製品名：

\_\_\_\_\_

公益社団法人日本食品衛生協会

理事長 殿

# 営業許可又は営業証明書

(法人の場合は、その名称と代表者の氏名)

申請者名：

\_\_\_\_\_

営業所所在地：

\_\_\_\_\_

営業所の名称：  
屋号又は商号：

\_\_\_\_\_

上記については、食品衛生法第52条の規定により営業許可を取得し、営業をしていることを証明する。

営業許可の業種 又は営業の種類	
製造または加工している 主な製品名	
初年度営業年月日	年 月 日
廃業年月日	年 月 日
その他付記事項がある場合ご記入ください。	

平成 年 月 日

保健所長氏名

印

本紙は営業許可書の写しがない場合に保健所にて記載してもらうこと。