**公益社団法人日本食品衛生協会 公益事業部 HACCP事業課　宛**

( FAX　０３－３４０３－２３８４)

**平成29年度「HACCP指導者養成研修会」参加申込書**

※ 講習会当日は後日メールもしくはFAXにてお送りする確認票を受付にご提示ください。

以下すべてご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 平成　29　年　　　　月　　　　　日　（会場ごとに申込開始日が異なります） | | | | | | | | | |
| 会　場 | いずれかに○ | 東京　　・　　　大阪　　　・　　福岡 | | | | | | | | |
| フリガナ  氏　名 |  | | | | | | 生年月日 | | | |
|  | | | | | | 西暦  　　　年　　 月 　　日 | | | |
| 貴社名 |  | | | | | | | | | |
| 部署名 |  | | | 役職名 | | | |  | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | |
| 貴社住所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | |
| TEL |  | | FAX | | |  | | | | |
| 業種  （○を付けて下さい） | ① 食品製造業※ 　　　　② 小売・流通業※　　　　③ 検査機関  ④ 食品衛生監視員OB　　　　⑤ コンサルタント業  ⑥ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※①・②の方は、事業所の許可業種、主な製造・調理品目をご記入下さい  （ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 修了した  講習会名 | (修了年：　　　　　　年) | | | | 実務経験年数  （衛生管理に関し） | | | | | 約　 　　 年 |
| 受講目的  (具体的に  3点程度  記入して  下さい) |  | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | 連絡希望先に○を付けて下さい | |
| E-mail |  | | | | | | | | 所属先 ・ 自宅 | |
| 自宅TEL |  | | | | | | | |

　H　P