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