**公益社団法人日本食品衛生協会　公益事業部　宛**

( FAX　０３－３４０３－２３８４)

※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。

**平成28年度「HACCP指導者養成研修会」参加申込書**

以下すべてご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 平成　　　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　　 仙台　　 名古屋　　 福岡　　 大阪 | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  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 | 食品製造業※　　　　　小売・流通業※　　　　　　　検査機関  食品衛生監視員OB　　　食品衛生監視員（現職）  その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ※事業所の許可業種、主な製造・調理品目  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 修了した講習会名 | |  | | | 実務経験年数  （衛生管理に関し） | | | | | 約　　　　年 |
| 受講目的 |  | | | | | | | | | |
| 自宅  住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | 連絡先希望に○を  付けてください |
| E-mail |  | | | | | | | | | 所属先  自　宅 |
| 自宅TEL |  | | | | | | | | |

注）当協会では、ご提供をいただいた情報につきまして、適正な管理・利用とその保護に努めています。また、これらの情報は、当協会からの各種及び出版物・共済・試験検査等のご案内等にも使用させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

　ＨＰ