**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