

H A C C P 実務者養成講座 受講申込書

☆該当する部門に○印をご記入ください。

調理部門	平成30年11月27日(火)	
製造部門	平成30年11月28日(水)	

施設名			
施設所在地	〒		
T E L		F A X	
Eメール			
認証 ^{※1} の取得	() すでに取得している () 取得を目指している		

※1：福井県食品衛生自主管理プログラム認証(福井県版HACCP認証)

ふりがな	
受講者氏名	
ふりがな	
受講者氏名	
ふりがな	
受講者氏名	

HACCPに関する事で、質問等があればご記入ください。

当日、ガイドブック購入希望される場合のみご記入ください。(1冊につき500円(税込))

①調理部門 ・ ②製造部門 _____冊

(購入希望される種類の番号を○で囲み必要部数をご記入ください)

※お申込みを確認後、本用紙で受講番号をFAXでお送りします。

※御記入いただきました内容につきましては、本件に関する事務処理のみに使用いたします。

平成30年度 HACCP実務者養成講座 受講申込確認票

平成30年 月 日

受講申込みを受け付けました。 受講番号 No. _____
 ※この『申込み確認票』を当日必ず御持参ください。(資料代計 _____円)

今回は定員となりましたので受付はできませんでした。御了承ください。