

HACCP 講習会参加申込書

【申込先】 中北保健福祉事務所 衛生課

【申込方法】

○ F A X の 場 合 : 0 5 5 1 - 2 3 - 3 0 7 5

○ 郵 送 の 場 合 : 〒407-0024 韮崎市本町4-2-4

中北保健福祉事務所 衛生課あて

○ 電子メールの場合 : : ch-hokenf@pref.yamanashi.lg.jp

○ 電 話 の 場 合 : 0 5 5 1 - 2 3 - 3 0 7 1

【申込締切】 開催日一週間前（郵送の場合も必着）

参加者情報

(1) ご希望の日時	令和3年 月 日 ()
(2) 営業者(法人名又は名前) ※個人営業者の場合は名前をご記入ください。	
(3) 店舗の名称, 屋号又は商号	
(4) 店舗の所在地	
(5) 参加者名	
(6) 連絡先 (事業所の電話番号, Fax, 電子メールアドレス)	電話番号 Fax 番号 e-mail

※記入いただいた個人情報は、この講習会運営上の目的に限り使用し、目的以外のために利用したり、第三者に提供することはありません。