

食品衛生講習会申込書

年 月 日

岡山県備北保健所長 殿

氏名（団体名等）	
住所（事務所等）	
電 話 番 号	
担 当 者	

次のとおり食品衛生講習会を受講したいので、講師の派遣についてよろしくお願いします。

開 催 希 望 日 時	令和 年 月 日（ ）： ～：		
開 催 場 所	(名 称)		
	(所在地)		
受 講 者 数 (予 定 数)	名 ※該当する項目を○で囲んでください。 受講者：食品関係者・福祉関係者・一般消費者・その他（ ）		
講 座 内 容	(具体的に希望があれば)		
	(おまかせいただければ) ※該当する項目を○で囲んでください。		
	希 望 す る 内 容	食 品 表 示	内容：
		食 中 毒 予 防	内容：
		衛 生 管 理	内容：
		一 般 知 識	内容：
<input type="checkbox"/> 体験型講習会（手洗いチェッカー等）を希望する場合は✓してください。			
主 催 者 名			
連 絡 先	TEL — —		
準 備 で き る 機 材	※該当する項目を○で囲んでください。（複数選択可） プロジェクター・パソコン・スクリーン・その他（ ）		
講座スライドデータの 事 前 送 付	※講習スライドデータの事前送付の要否 要・不要 送付先アドレス（ ）		
備 考	(他の行事が併せて開催される場合は、参考に行事名をご記入ください)		

申込先：〒716-8585 高梁市落合町近似286-1 岡山県備北保健所 備北衛生課
(TEL：0866-21-2837 FAX：0866-22-8098)

※ 講習会を希望される場合、日程等について事前に電話にてご相談ください。
その後に申込書を提出してください。