

H A C C Pシステムに基づく衛生管理講習会(食肉製品) 受講申込書

平成 年 月 日

(一社)日本食肉加工協会 管理部 行
(Fax:03-3441-8287)

ふりがな _____		生年月日	昭和 _____年 月 日	
受講者氏名(楷書でご記入下さい。)			平成 _____年 月 日	
勤務先住所	〒 _____			
貴社名 及び 工場名	_____			
所属部署	_____			
電話・FAX	電話： _____	FAX： _____		
受講内容			申込に○	
初めて受講される方	6月12日、13日、14日、15日			
基礎編を修了された方	6月13日、14日、15日			
専攻編を修了された方	6月12日、13日(15:30迄)			
受講料振込予定日： _____月 _____日 受講料： _____円				
貴社取扱い銀行名： _____ 支店名： _____				
貴社振込の名義： _____				
【本件に関するご連絡先】上記と異なる場合、ご記入ください。				
部署名： _____		氏名： _____		
電話： _____		FAX： _____		
[連絡事項] (特別にご連絡いただく事項がございましたら、ご記入ください。)				