

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 _____ 受講者氏名(楷書でご記入下さい。)		生年月日	昭和 ____年 月 日 平成
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。)			