

(別紙)

## 食品衛生及び食品の安全確保に関する講習会等 申込書

申込年月日		令和 年 月 日		
お申込み先		いわき食品衛生協会 〒973-8408 いわき市内郷高坂町四方木田191 いわき市保健所内 電話 0246-27-8605 F A X 0246-26-0870 E-mail iwakishokyo@mopera.net		
受講する講習会・研修会 ※ お申込みの番号を○で囲んでください。		① 食品衛生及び食品の安全確保に関する講習会 ② ふくしまH A C C P 導入研修会 ※ ②の研修会は①の講習会受講後、引き続き希望する方が受講できます。		
受講者	氏名			
	年代	<input type="checkbox"/> 20代、 <input type="checkbox"/> 30代、 <input type="checkbox"/> 40代、 <input type="checkbox"/> 50代、 <input type="checkbox"/> 60代、 <input type="checkbox"/> 70代、 <input type="checkbox"/> 80代		
	連絡先	電話番号		
営業 施設 の 情 報	名称又は屋号			
	営業所所在地	〒		
	営業者名	法人の場合	法人名	
			代表者名	
		個人の場合	氏名	
	営業許可業種名	<input type="checkbox"/> 飲食店営業、 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	営業届出業種名	【製造・加工業】 <input type="checkbox"/> 野菜果物加工業 <input type="checkbox"/> その他の食品製造加工業 ( ) 【販売業】 <input type="checkbox"/> 野菜果物販売業、 <input type="checkbox"/> 冷蔵冷凍品販売業 <input type="checkbox"/> その他の食品販売業 ( )		
従業員数 (※)	正社員数 ( 名)、パート人数 ( 名) 合計 ( 名)			
営業形態	<input type="checkbox"/> 固定店舗、 <input type="checkbox"/> 露店営業、 <input type="checkbox"/> 自動車による営業			
連絡先	電話番号	F A X 番号		

: 該当するものに✓を入れてください。

※ 食品の製造・加工、調理、販売に直接携わる従業員数を記入してください。

(注) ご記入いただいた内容は、この講習会又は研修会の実施の目的に限って使用いたします。