食品衛生講習会申込書

　 令和　　年　　月　　日

堺市保健所長　様

申込者　住　所

　氏　名

連絡先　担当者名：

電話番号：

E-mail:

|  |  |
| --- | --- |
| 内　　容（テーマ） |  |
| 日　　時（時間） | 月　　　日（　　）　　時　　　分　～　　時　　　分（　　　　　　時間） |
| 会　　場 | 名　　称 |  |
| 所　在　地　 |  |
| 参加予定人数 |  |
| 備　　考 |  |

＊食中毒等の事件が発生した場合には、日程等を変更することがありますのであらかじめご了承ください。