

No. _____

(ふりがな)	
受講者の氏名	
住 所	〒
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
電話番号	

勤務先の施設名、住所等をご記入ください。

営業所名 (屋号)	
営業所の所在地	〒
営業者	
営業の業種	
営業所電話番号	

通知の郵送先 (どちらかに○を)	自宅 ・ 勤務先
---------------------	----------

領収証の宛名	
--------	--

令和 年 月 日

伊東食品衛生協会 TEL: 0557-36-6611

FAX: 0557-38-0230

熱海食品衛生協会 TEL: 0557-82-9136

FAX: 0557-82-9137

電話確認	
------	--

誓約書

有 ・ 無