令和　　年　 月　 日

八尾市保健所　保健衛生課 行

|  |
| --- |
| 食品衛生責任者実務講習会申込書以下のとおり、実務講習会への参加を申し込みます。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 参加を希望する日程に○をつけてください | （　　　）令和6年7月23日（火）（　　　）令和6年11月13日（水）（　　　）令和7年3月13日（木） |
| 施設（店舗）の名称 |  |
| 施設の営業者氏名（個人又は法人名） |  |
| フリガナ受講者氏名 |  |
| 連絡先（電話番号） | TEL： |
| 修了証の発行を希望しますか | 希望する　 　希望しない |
| 車で来場されますか（※） | はい　 　いいえ |
| 備考（ご要望等） |  |

※車で来場の方は、参加当日、八尾市役所地下１階～３階に駐車の上、受付にて駐車券をご提示ください。その際、無料のサービス券をお渡しします。

連絡先

〒581-0006

八尾市清水町１丁目２番５号

八尾市保健所　保健衛生課

TEL：072－９９４－６６４３

FAX：072－９２２－４９６５

MAIL：shokuhineisei@city.yao.osaka.jp