

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 7 年 7 月 4 日 (金) () 令和 7 年 11 月 20 日 (木) () 令和 8 年 3 月 11 日 (水)
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