

猪肉処理責任者講習会受講申込書

平成 年 月 日

島根県健康福祉部長 様

申込者
住所 〒

氏名 印

電話番号 ()

猪肉処理責任者講習会の受講を申し込みます。

| | | |
|----------------------------|--|--------------------------------------|
| 受講者 | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日生 |
| 受講資格 | 施設名 | |
| | 施設所在地 | |
| | 業種 | 飲食店営業・食肉処理業・食肉販売業 食肉製品製造業・そうざい製造業 |
| | 営業者名 | |
| 〔1年以上食肉を取扱う業務に従事した経験のある施設〕 | * 営業者が法人である場合、又は営業者と受講者が異なる場合の証明 | |
| | 受講者は、私が営業する上記施設で1年以上食肉を取扱う業務に従事していたことを証明します。 | |
| | 住所 | |
| | 名称 (又は氏名) | |
| | | 印 |