福岡市保健福祉局生活衛生部食品安全推進課　宛

別紙

（FAX：092-733-5588，Eメール：shokuhinanzen.PHWB@city.fukuoka.lg.jp）

HACCP型衛生管理導入に関する説明会申込書

１　講習会日時・会場

①日時：平成２７年１１月３０日（月）　１０：００～１２：００

場所：福岡市鮮魚市場市場会館２F第1会議室（福岡市中央区長浜三丁目11番3号）

②日時：平成２７年１１月３０日（月）　１４：００～１６：００

場所：福岡市鮮魚市場市場会館２F第1会議室（福岡市中央区長浜三丁目11番3号）

③日時：平成２７年１２月１日（火）　１０：００～１２：００

場所：博多エクセルホテル東急２Fソレイユ（福岡市博多区中洲四丁目６番７号）

２　申込者情報（必要事項を記載してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 |  | TEL |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 講習会番号 | 申込者氏名 | ふりがな | 役職（担当部署） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

１）講習会番号には上記講習会日時・会場①～③の番号のいずれかをご記入ください。

２）説明会の内容は基礎的なもので全回同じですが，複数回受講されることも可能です。

３）**申込〆切は１１月２４日（火）です。**

＜問い合わせ先＞

福岡市保健福祉局生活衛生部食品安全推進課

食品安全企画係

担当：宗・宮尾

TEL：092-711-4277　FAX：092-733-5588