

F A X 送信先 : 0 9 3 - 5 2 2 - 1 0 2 5

締切 : 1 0 月 7 日 (火)

受講確認表

「食中毒予防講習会」に（ 出席 ・ 欠席 ）します。

*どちらかに「○」をお願いいたします。

希望会場	① 10月 17日(金) アシスト21 ② 10月 22日(水) ウェルとばた * ご希望の会場いずれかに「○」をお願いいたします。 * 会場の収容人数の関係でご希望に添えない場合は、日程の変更についてご相談させていただきます。あらかじめご了承ください。
貴施設での 食事の提供 の有無	☐ なし ☐ あり (ありの場合、下記に食数を記入してください) (提供食数: 朝 食/昼 食/夕 食)
施設名	
施設住所	区
連絡先 TEL	
ふりがな 参加者氏名	※会場の収容人数の都合により、複数名で参加希望される場合は、他の参加者の状況によって調整させていただく可能性があります。
欠席の場合	※ご希望の方には、後日電子メールにて研修資料を送付します。 ☐ 資料送付を希望する ☐ 希望しない 希望する場合、送付先メールアドレスをご記入ください。 メールアドレス:

<お問い合わせ先>

北九州市保健所 東部生活衛生課 広域食品指導係

担当: 永井、大場 TEL: (093) 522-8728 FAX: (093) 522-1025