

平成 23 年度「食品微生物検査 1 日体験セミナー」FAX 申込書

FAX 送信先：03 - 3663 - 9685

財団法人東京顕微鏡院 食と環境の科学センター 体験セミナー係 行

お申込み日：平成 年 月 日

受講日（参加希望日）	第 回：平成 年 月 日に受講を希望します。
ふりがな 受講者のお名前	
貴社名 所属	所属部署名： 役職名：
業種	1. 食品製造業 2. 流通・小売業 3. その他（ ） 該当する職種に○をしてください。
案内状（請求書）送付先	〒 -
ご連絡先（TEL/FAX）	TEL： FAX：
請求書宛名	会社名・受講者名・その他（ ） 該当する請求書宛名に○をしてください。
受講料入金名義	請求書宛名と同じ・その他（ ） 該当する入金名義に○をしてください。
ご質問	①業務内容について <input type="checkbox"/> 食品微生物検査を行っている。 <input type="checkbox"/> 食品微生物検査は行っていない。 <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。 ②経験年数： 年

*弊財団より FAX 申込書受領後、上記お申込み者様へ受取り完了書を FAX 返信いたします。なお、数日経っても完了書の FAX がいない場合は、お手数ですが体験セミナー係りまでお問い合わせください。

（お問い合わせ電話番号：03 - 3663 - 9681）

*お客様から取得した個人情報（上記内容）は、目的の範囲を超えての利用はいたしません。

お申込みを頂きありがとうございました。