

平成 23 年度、食中毒菌観察セミナー 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 食中毒菌観察セミナー係 行

お申込み日：平成 年 月 日

ふりがな 受講者のお名前	
貴社名 所属	部署：
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 ③食中毒菌検査の実施について <input type="checkbox"/> 食中毒菌検査を行っている。 <input type="checkbox"/> 食中毒菌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。

*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 が無い場合は、お手数ですが食中毒菌観察セミナー係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。