

平成 23 年度、食品微生物検査技術研修会 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 食品微生物検査技術研修会 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

* 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、お手数ですが食品微生物検査技術研修会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。