

平成29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：03-3534-2975

一般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	(男 ・ 女)
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がない場合は、お手数ですが体験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:03-3534-2971)

*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。

一般財団法人 東京顕微鏡院 食と環境の科学センター

〒104-0055 東京都中央区豊海町5-1 TEL.03-3534-2970 FAX.03-3534-2975 <http://www.kenko-kenbi.or.jp/>

関連法人: 医療法人社団 **こころとからだの元氣プラザ** (人間ドック、巡回健診、産業保健)

〒102-8508 東京都千代田区飯田橋 3-6-5 TEL.03-5210-6666(大代表) <http://www.genkiplaza.or.jp/>