　FAX送信状

**FAX：5764-0711**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**出張講習会　申込書**

（宛先）　大田区保健所生活衛生課長

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名  （団体名・所属） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申込者住所  電　話 |  |
| 講習会　希望日  時　間 | 月　　　　　　　　　日　　（　　　　　　　曜日）  午前・午後　　　　　　　　　時から　　　　　　　　　　　時まで |
| 講習会場所 | 住所：  建物の名称や部屋番号があれば、かっこ内に記入して下さい  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対象者  参加予定者人数 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 講習会内容の希望 | ・  ・  ・ |
| 今回、申込をされた動機についてお聞　かせ下さい |  |
| その他、ご要望がありましたら、自由にご記入ください |  |

　問い合わせ：　　〒143-0015　　大田区大森西1-12-1　　（大森地域庁舎　6階）

大田区保健所　生活衛生課食品衛生　　　電話　5764-0697