**大分県社会福祉協議会 地域福祉部 甲斐** 行

FAX **097-558-1635**　※送信票は不要です

送信日：令和 　　年　　　月　　　日

**食品衛生責任者養成研修会（１１月２１日(火)）**

**【参加申込書】**

子ども食堂名または団体名

連絡先TEL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **（フリガナ）**  **氏名** | **生年月日** | **郵便番号・住所**  **※ご自宅の郵便番号・住所をご記入ください** |
| （　　　　　　　　　　　　　） | S　・　H  年　　　月　　　日 | （〒　　　　　　－　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　　　） | S　・　H  年　　　月　　　日 | （〒　　　　　　－　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　　　） | S　・　H  年　　　月　　　日 | （〒　　　　　　－　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　　　） | S　・　H  年　　　月　　　日 | （〒　　　　　　－　　　　　　　　　） |

**※申込締切　１０月３１日（火）必着**



※フォーム（右の二次元バーコード）からも申込できます。

URL: <https://forms.gle/TPoHgB6CAXedDK9W7>

申込フォーム