

平成24年度
「残留農薬等研修会」申込書
【非会員】

平成 年 月 日

一般社団法人食品衛生登録検査機関協会
理事長 高谷 幸 様
(FAX : 03 - 3403 - 8268)

検査機関名

代表者名

印

下記のとおり _____ 名の参加を申し込みます。

記

所 属 (職 名)	氏 名
TEL	
FAX	
E-mail	

【連絡先】は出席者の代表者の方の連絡先をお願いします。

※ 参加費は (20,000 円 / 1 名) は、12月7日(金)までに下記指定口座にお振込み願います。

参加費振込先：(銀行名) みずほ銀行 青山支店 (211)
口座名義 一般社団法人食品衛生登録検査機関協会
 (株) ショクヒンエイセイワクケンサカンキョウカイ
口座番号 (普通) 1939155

※ なお、振込手数料につきましては、ご負担願います。

申し込みは、平成24年11月30日(金)までにFAXで願います。

※ 参加についての決定通知は特に発行しませんのでご了承下さい。