平成２９年度

精度管理研修会
参加申込書

平成　　年　　月　　日

一般社団法人食品衛生登録検査機関協会　御中
（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（16,200 円／１名）は、7 月 21 日（金）までに下記指定口座にお振込み願います。

参加振込先：（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
ｼｬ) ｼｮｸﾋﾝｴｲｾｲﾄｳﾛｸｹﾝｻｷｶﾝｷｮｳｶｲ
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、７月１８日（火）までにＦＡＸでお願いします。