

平成29年度
残留農薬等研修会
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 (17,000円 / 1名) は、平成30年**1月15日 (月)**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

シヤ) ショクニエトウカクノサカンキョウカイ

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30年1月5日 (金) までにFAXで願います。