

**令和元年度**  
**残留農薬等研修会 参加申込書**

令和 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 (17,600 円 / 1 名) は、**令和 2 年 1 月 14 日 (火)** 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

ｼﾞｬ) ﾖｸﾈﾝｲﾂｲﾂｶｸｸﾝｶﾝｷョｸｶｲ

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。

※ **請求書が必要な場合**はご記入下さい。

○宛先 : \_\_\_\_\_

○日付 : \_\_\_\_\_

○郵送先 : 〒 \_\_\_\_\_

※ 申し込みは、令和 2 年 1 月 7 日 (火) までに FAX でお願います。