

一般社団法人東京都食品衛生協会長 殿

正確な文字で、はっきりとご記入ください。

年 月 日

受 講 者	フリガナ			性別
	氏名			男・女
	生年月日	昭・平	年 月 日	
	自宅住所	〒		
	TEL			

申込者または  
受講者氏名 \_\_\_\_\_

	受講日	受講会場
第1希望	月 日	
第2希望	月 日	
第3希望	月 日	

----- ✂ (切り取り線) ✂ -----