

食品衛生責任者養成講習会 実施要領

当協会は知事が適正と認める養成講習会を実施しております

食品関係営業を行う場合、許可・届出施設ごとに食品衛生責任者を設置することが義務づけられています。
食品衛生責任者の資格のない方は食品衛生責任者養成講習会を受講して資格を取得してください。

養成講習会の受講免除

次の資格を持っている方は、養成講習会を受けなくても食品衛生責任者になることができます。

- 1 栄養士・管理栄養士・調理師・製菓衛生師・食鳥処理衛生管理者・と畜場法に規定する衛生管理責任者若しくは作業衛生責任者・船舶料理士
- 2 食品衛生管理者若しくは食品衛生監視員となることができる資格を有する者
(医師・獣医師・歯科医師・薬剤師など)

●講習時間

午前の講義 9:45 ~ 12:45
(食品衛生学2時間30分、公衆衛生学30分)
昼 休 み 12:45 ~ 13:30
午後の講義 13:30 ~ 16:30
(食品衛生法3時間、小テスト含む)

●開催日程・会場

日程表または下記ホームページをご参照ください。

●費用

12,000円を受講当日に納めていただきます。
また、ご希望の方には「食品衛生責任者プレート」
を800円で昼休みに販売します。

●受講資格

経験・学歴は問いませんが、17才以上に限ります。
なお、高校生は受講できません。
外国人の方は日本語が理解(読み・書き・会話)
できる方に限ります。

●申込方法

別紙受講申込書を切り取り、申込方法・注意事項をよくお読みのうえ、見本にならって記入し、お申込みください。後日、当協会より受付先着順に受付票を返信いたします。

●申込受付

受講申込書の先着順とし、ご希望の会場が満席の場合は、こちらで暫定的に指定させていただきます。

●受講修了証

養成講習会の全課程を修了した方には、当日、受講修了証(食品衛生責任者手帳)を交付します。

※ 同伴者は入場できません。

※ 障害のある方はお申し込み前にご連絡ください。

※ 感染症の流行や災害等により、講習会の開催に急遽変更が生じる場合があります。その際は当協会HP「最新情報」に掲載しますのでご確認ください。

下記の URL または右の QR コードで空席状況をご案内しております。

<https://www.toshoku.or.jp/shikaku/index.php>



《食品衛生責任者養成講習会の問い合わせ先》

一般社団法人東京都食品衛生協会 講習事業部
東京都台東区寿 4-15-7 食品衛生センター4階
電話 03-5828-7182
問い合わせ時間 平日9:15 ~ 17:00



※講習事業部はISO27001認証を取得し、個人情報の管理徹底に努めております。

< 申込方法 >

用意するもの i) 長3の封筒2枚 ii) 110円切手2枚 iii) 受講申込書

- 1) 受講申込書を切り取り、記入してください。(受講申込書はひとりにつき1枚記入してください。)
- 2) 封筒を2枚用意しそれぞれに切手を貼り、
 - ① 1枚は当協会の宛名を記入。(封筒見本①参照)
 - ② もう1枚は返信用封筒となりますのであなた様のご住所(返信先)を記入。(封筒見本②参照)
- 3) 当協会宛の封筒(封筒見本①)に、受講申込書と返信用封筒(封筒見本②)を同封しポストに投函。
- 4) 当協会に到着次第、返信用封筒で受付票をご郵送いたします。

注) 定形外郵便を使用される場合は、切手料金が変動します。

重要

- 注1 申込受付は郵便の先着順とし、各開催、定員に達し次第締め切りとなります。残席状況をご確認の上、早めにお申込みください。
- 注2 申込書は機械入力処理いたしますので、正確な文字で、丁寧にお書きください。
- 注3 申込書・返信用封筒の記入漏れ、切手不足の場合は、受理いたしません。
- 注4 申込書の投函時と当協会到着時では残席状況が異なりますため、ご希望の日程に添えない場合がございます。ご了承ください。
- 注5 郵便事情による遅延・誤配達の場合は、当協会では一切の責任を負いかねます。

重要

✂ 切り取り線 ✂

(受講申込書)

2025.04

一般社団法人東京都食品衛生協会 理事長 殿

正確な文字で、はっきりとご記入ください。

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

年 月 日

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	

受講申込書 見本

一般社団法人東京都食品衛生協会 理事長 殿

正確な文字で、はっきりとご記入ください（通称名不可）

受 講 者	フリガナ	トウショク タロウ	
	氏名	東 食 太 郎	
	生年月日	昭平	50年4月26日
	自宅住所	〒111-0042 台東区寿9-99-9 電話 090 - 9999 - 9999	

2025年4月1日

申込者または
受講者氏名

東 食 太 郎

	受講日	受講会場
第1希望	○月 ×日	板橋ハイライフプラザ
第2希望	○月 △日	日本教育会館
第3希望	○月 □日	板橋ハイライフプラザ

封筒見本①（申込用）

切手※	〒111-0042
台東区寿四一五―七 食品衛生センター四階	← 「送付先」切り離してご使用ください
一般社団法人東京都食品衛生協会 講習事業部	
宛	
責任者講習会申込書在中	

封筒見本②（返信用）

郵便番号(7桁)	あなた様のご住所
切手※	あなた様のご氏名