特定非営利活動法人奈良県ＨＡＣＣＰ研究会宛
ＦＡＸ　0744-33-2090（ならコープ品質保証部内）

奈良県指定研修 HACCP プラン作成研修会参加申込書

＿＿＿年＿＿月＿＿日

１．会員名（団体名もしくは個人名）
（ふりがな）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．法人代表者名（団体会員の場合のみ。代表取締役等）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．所属団体（個人会員の場合のみ）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．研修会参加のみ（研究会に加入せず）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．住所（団体の場合は法人本社所在地、個人の場合は個人の住所）
※個人の住所は公開いたしません。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６．ご連絡先
住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
事業所・部署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話　（　　）　　－
FAX　（　　）　　－
メールアドレス　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７．HACCP プラン作成研修会（平成 27 年 8 月 18 日、8 月 25 日、9 月 4 日、平成 28 年 1 月 19 日）
ご参加者名

（ふりがな）
部署・役職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ふりがな）
部署・役職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ふりがな）
部署・役職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

８．費用について、別紙「2015 年度会員・会費のご案内」の３．費用の項目に基づき下記口座にお振込みをお願いします。
南都銀行　箸尾支店　普通　口座番号　2046731
口座名　特定非営利活動法人奈良県ＨＡＣＣＰ研究会　　振込予定日　　月　　日
※研修会講師をお引き受け頂ける等で賛助会員での登録を希望される場合（下記にチェック）
→□賛助会員にて登録