【ファクシミリによる申込み】

必要事項を記入し、この用紙を次の宛先に送信してください。

〈ファクシミリ送信先〉

０４６７－２４－４３７９（鎌倉保健福祉事務所　食品衛生課）

〈ファクシミリ申込み用記入欄〉

①　講習日	記入例：12 月 9 日（月）
②　営業所名称（屋号）	
③　営業所所在地	
④　受講者氏名	
⑤　連絡先電話番号 ﾌｧｸｼﾐﾘ番号（お持ちの方）	電話番号：　　FAX：
⑥　業種（種目）	記入例：飲食店営業（弁当屋）
⑦　主に製造している商品 （製造業の方のみ）	記入例：菓子パン、醤油