平成２７年度

残 留 農 薬 等 研 修 会

参 加 申 込 書

平成　　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（16,200 円／１名）は、平成 28 年 **1 月 19 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

ｼｬ) ｼｮｸﾋﾝｴｲｾｲﾄｳﾛｸｹﾝｻｷｶﾝｷｮｳｶｲ

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。

※ **申し込みは、平成 28 年１月１５日（金）までにＦＡＸでお願いします。**