

FAX番号：011-215-6124

No.

ふぐ処理者認定試験準備講習会受講申込書

令和 年 月 日

札幌市調理師団体連合会長 あて

(郵便番号) _____

申込者 (住 所) _____

ふりがな
(氏 名) _____

(生年月日) (昭・平) 年 月 日

(電 話) (_____)

「ふぐ処理者認定試験準備講習会」を受講したいので、次のとおり
申し込みます。

営業所（勤務先）所在地	
営業所（勤務先）の名称	
営 業 者 名	
ふぐ処理・取扱経験年数	年
ふぐの処理・取扱内容 (○印をつける)	ア 有毒部位除去等の処理 (卵巣又は皮の塩蔵処理を含む) イ 未処理ふぐの販売 ウ みがきふぐの調理、加工又は販売 エ ふぐ取扱い未経験 オ その他 (_____)

(注) 現在業務に従事していない場合、過去に従事していた営業所（勤務先等）
を記載してください。