

# 2020年度 調理師研修会受講申込書

会社名 \_\_\_\_\_

住所(〒 - ) \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

連絡可能なTEL  
をご記入下さい。

## 【記入にあたっての注意事項】

- ①資格の欄については、調理師は、「調」・管理栄養士は、「管」・栄養士は、「栄」・資格無しは、「無」に○を付して下さい。  
②会場コード欄は、コード一覧を参照して、申込会場のコードを必ず記入して下さい。

## コード一覧

会場コード	日程	地区	会場名
01	11/13(金)	札幌	ホシザキ北海道(株) テストキッチン
02	11/4(水)	東京	ホシザキ(株) 大崎テストキッチン
03	11/10(火)	名古屋	ホシザキ東海(株) テストキッチン
04	11/20(金)	大阪	ホシザキ京阪(株) テストキッチン
05	11/18(水)	福岡	ホシザキ北九(株) テストキッチン
06	11/2(月)	さいたま	ホシザキ北関東(株) テストキッチン
07	11/17(火)	広島	ホシザキ中国(株) テストキッチン

番号	会場コード	氏名	資格
1		ふりがな	調・管・栄・無
2		ふりがな	調・管・栄・無
3		ふりがな	調・管・栄・無
4		ふりがな	調・管・栄・無
5		ふりがな	調・管・栄・無
6		ふりがな	調・管・栄・無
7		ふりがな	調・管・栄・無

※注:申込は先着順です。なお申込多数の場合は協会にて調整します。

合計 名

(公社)日本メディカル給食協会

F A X 03-5298-4162

申込受付期間: 2020年10月1日(木) ~ 10月16日(金)

※定員になり次第受付終了