

|      |  |
|------|--|
| 整理番号 |  |
|------|--|

令和 年 月 日

公益社団法人 新潟県食品衛生協会長 様

住 所 〒

フリ ガナ  
氏 名

生年月日 西暦 年 月 日生

電話番号

### ふぐ処理責任者認定試験受験申込書

令和5年度新潟県ふぐ処理責任者認定試験を受験したいので、新潟県ふぐ処理責任者認定試験実施要領第5条の規定により、申し込みます。

#### <通信欄>

○営業施設等にお勤めの方で、「受験決定通知書・テキスト等」、「受験票」、「合格通知書及びふぐ処理者認定証」を勤務先に郵送を希望しますか。どちらかに、レ印か○をつけてください。

希望する ・ 希望しない(希望しない場合は住所地に郵送します)

希望する場合 営業施設所在地: (〒 \_\_\_\_\_ )

営業施設名: \_\_\_\_\_

営業施設電話番号: \_\_\_\_\_

※本試験を申し込まれた方には、新潟県調理師会主催の「ふぐ処理責任者試験準備講習会」のご案内を送付いたしますので、予めご了承ください。