

セミナー・検定試験申込書

申込日: 年 月 日 ※太枠内のみご記入ください

会社名	フリガナ		担当
	部署名	氏名 <small>※複数名の場合は代表者</small>	
住所	〒		
	TEL	FAX	
	E-mail		

○教育訓練

名称	日程・会場		参加者名 <small>※複数名同時申込の場合、代表者以外の方のお名前をご記入ください。</small>
異物鑑定団 技術セミナー※1 (キットつき/キットなし)	日程	年 月 日	① 代表者
	会場		②
味覚評価 (官能評価)法 トレーニングセミナー	日程	年 月 日	① 代表者
	会場		②
HACCP トレーニングセミナー	日程	年 月 日から	① 代表者
	会場		②

※1 「キットつき」「キットなし」のいずれかに○をつけてください。

○検定試験

名称	日程・会場		参加者名 <small>※複数名同時申込の場合、代表者以外の方のお名前をご記入ください。</small>
異物検査技能検定	日程	年 月 日	① 代表者 <small>修了証番号※2</small> 第 I 号
	会場		② <small>修了証番号※2</small> 第 I 号

※2 すでに異物鑑定団技術セミナーを修了している方は、修了証番号をご記載ください。

(備考)

--

※セミナー、検定試験のお問合せ・お申込み受付、セミナーの運営は、下記の機関に委託しております。

問合せ	VISION BIO	〒839-0864 福岡県久留米市百年公園1-1 久留米リサーチセンタービル1階
お申込先	ビジョンバイオ株式会社	TEL:0942-36-3100 FAX:0942-36-3101 E-mail: info@visionbio.com

【主催】



《本部》

〒839-0864 福岡県久留米市百年公園1-1
URL <http://www.atst.or.jp/>

----- 弊社使用欄 -----

受付月日
受付番号

受付					

備考	
----	--