

FAX送付先：0748-75-4450

年 月 日

(あて先)滋賀県動物保護管理センター所長

氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)
住 所 〒
電話番号

動物取扱責任者研修受講申込書

動物取扱責任者研修会を下記日程により受講したいので、下記のとおり申し込みます。

記

1 研修日程 (月日会場に○をつけてください。)

1月28日(火)	2月5日(水)	2月6日(木)	2月13日(木)
長浜会場	近江八幡会場	甲賀会場	守山会場

2 登録番号 _____

3 事業所の名称 _____

4 事業所の所在地 _____ 電話 _____

5 受講者(動物取扱責任者は必須)

フリ ガナ
氏 名 _____

(動物取扱責任者にチェック願います。)

フリ ガナ
氏 名 _____

(動物取扱責任者にチェック願います。)

6 備考 _____

注 この申込に係る事務担当者が申込者と異なる場合は、「6備考」に事務担当者の氏名及び電話番号を記入してください。

(滋賀県収入証紙ちよう付欄)

貼り付けずに、**受講申込書**と**証紙(受講者1人につき¥1,000)**を
当日会場までお持ちください。

また、12月27日(金)までにFAX等で希望会場をお知らせ下さい。