別紙（５）

**法人申込専用**

患者給食受託責任者資格認定講習会

受講申込会場別内訳

※　申込者１名の場合も必ず添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 会場 | 受講申込者数 |
| 札幌会場 |  |
| 東京会場 |  |
| 大阪会場 |  |
| 福岡会場 |  |
| 合計 |  | 名 |

**☟受講票・請求書の送付先（=ご担当者の連絡先）をお書きください。**

＊貴社メールアドレスに開催案内のお知らせが届いた場合、既にメールアドレスはご登録済です。(記入不要)

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 郵便番号 | 〒 |  | ― |  |
| 住所 |  |
| 所属部署名 |  |
| 担当者名**(必ずご記入ください)** |  |
| 担当者TEL |  |
| \*メールアドレス①**(ブロック体で記入)** |  | ＠ |  |
| \*メールアドレス②**(ブロック体で記入)** |  | ＠ |  |

＊可能であれば、社内の複数名が閲覧可能なアドレスをご登録ください(少なくとも１つは登録してください)。

＊今回も受講申込しない会社はこちらの用紙でメールアドレスをご登録ください。(**koushu.mk@j-mk.or.jp**)