別紙（6）

**個人申込専用**

患者給食受託責任者資格認定講習会

受講料請求先／修了証送付先届

個人で患者給食受託責任者資格認定講習会（以下　講習会という。）にお申込みの方にはこの届け出用紙によって、受講料の請求先及び修了証の送付先を指定していただきます。

　必ず記入のうえ、受講申込書に添付して送付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郵便番号 | 〒 |  | | | ― |  | | |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | ― |  | | | ― |  |
| メールアドレス |  | | | | | | | |

※　日中ご連絡可能な連絡先をご記入ください。なお、上記届出先と同じ場合は記入不要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 〒 |  | ― |  |
|  | | | |
| 会社名等 |  | | | |
| 所属部署 |  | | | |
| ＴＥＬ  (内線番号含む) |  | | | |
| 携帯番号 |  | | | |