荒川区保健所生活衛生課環境衛生係　あて　（FAX:０３－３８０６－２９７６）

**年度の継続的研修受講報告**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業所名称（必ず記入） |  |
| 営業所所在地（必ず記入） | 荒川区　　　　　　　　　　　　　　丁目　　　番　　　号 |
| * この用紙とともに研修の修了証の写しをFAXで送付するか、以下を記入してください
 |
| 受講者氏名 |  |
| 受講年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 修了証番号 |  |
| 継続的研修実施機関 |  |
| * 当該年度に受講していない場合は、以下を記入してください
 |
| 受講しなかった理由 |  |
| 次年度の受講予定 | 受講者氏名 |  |
| 受講年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 継続的研修実施機関 |  |