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 |  |