別紙様式

令和　　年　　月　　日

公益財団法人熊本県学校給食会理事長　様

　　　　　　　　 所在地

所属名

所属長　　　　　　　　　　　　印

ＡＴＰ拭き取り検査申込書

このことについて、下記のとおり拭き取り検査の出前講座を希望しますのでよろしくお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 【第一希望】　令和　　　年　　　月　　　日（　　）【第二希望】　令和　　　年　　　月　　　日（　　）【第三希望】　令和　　　年　　　月　　　日（　　）　午前・午後　　　時　　　分　～　　　時　　　分※業務の都合上、原則として、検査時間を１１時から１５時までとさせていただきます。 |
| 検査項目 | ※特に検査したい項目をご記入ください。（例）・調理従事者の手洗い後の手指　　 ・機械のスイッチ　　 ・　　 ・ |
| 担　当　者 | 役職 |  | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

※衛生管理研修会等でのＡＴＰ拭き取り検査をご希望の場合も提出期限までにお知らせください。

**提出期限：令和６年５月１７日（金）**

（ＦＡＸ可　０９６－３５７－１２１６）