

## 식품안전관리(HACCP System) 검증원 양성 과정 교육신청서

교육 대상	<input type="checkbox"/> 졸업예정자 <input type="checkbox"/> 구직자 <input type="checkbox"/> 재직자
교육일자	<input type="checkbox"/> [1기] 11/28~29, 12/5~6 (주말반)
	<input type="checkbox"/> [2기] 12/21~24 (평일반)
	<input type="checkbox"/> [3기] 16년 1/9~10, 1/16~17 (주말반)
교육비	자부담금 55,000원 (부가세 포함)

### ○ 신청자 정보

성 명	
생년월일 / 성별	
학 교 명	
학 과	
부서명 / 직위	
핸 드 폰	
전 화	
E - mail	

### ○ 신청자 정보(재직자의 경우 기입)

회 사 명		대표자명	
업 태		종 목	
사업자 등록번호 (필수기입)		(세금)계산서	<input type="checkbox"/> 전자발급 (            @            ) <input type="checkbox"/> 현금영수증 (☎ :        -        -        )
사업장 주소	(우            )	F A X :	

### ○ 교육 지원 동기

※ 교육생 선발을 위한 필수자료이므로 성실하게 작성하여 주시기 바랍니다.