

# 入会申込書

地区長師会会長様

下記により調理師会入会を申し込みます

住 所	〒	
電話番号		
ふりがな 氏 名		
生年月日	年	月 日
勤 務 先	名 称	
	住 所	
	電話番号	
免許登録番号	第	号
日 付	年	月 日

申込先  
(一社) 滋賀県調理師会  
滋賀県大津市中央 1 丁目 5-25-5040 号  
TEL・FAX 077-572-6623