

酒類販売管理研修受講申込書

～組合員以外の方～

年 月 日

酒類販売免許者 (法人で免許を受けている場合は会社名を、個人の場合は氏名をご記入ください)	
住所	
名称 (氏名)	

酒税の保全及び酒類業組合等に関する法律施行規則第11条の10の規定により下記の者に酒類販売管理研修を受講させたいので、申し込みます

受講希望日	令和 年 月 日 (水) 13:00～	研修会場	アイマークス横浜桜木町 2F
-------	---------------------	------	----------------

※ 以下は、受講証・税務署への報告に使用されますので、記入漏れのないようお願いいたします。

酒類販売場	名称(店舗名)			
	郵便番号	〒	—	
	所在地			
	電話番号 ※日中に通話可能な番号をご記入ください	()	—

研修受講者 (ご自宅)	フリガナ						
	氏名						
	郵便番号	〒	—				
	ご自宅住所						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	役職	
	最終受講年月日	平成・令和	年	月	日	受講済	/

受講票希望送付先 ※ チェックがない場合は販売場に送付します	<input type="checkbox"/> 販売場	<input type="checkbox"/> その他 (宛先) _____ (宛先住所) 〒 —
	<input type="checkbox"/> ご自宅	

※ 事前にお席確保のお電話なくFAXを送られても、申込を受理する事は出来ません。

FAXを送る前に必ず下記までお電話をいただけますよう、ご協力お願いいたします。

【神奈川県小売酒販組合連合会】 ☎ 045-641-7752 (9:30～12:00 / 13:00～16:30まで)
FAX 045-664-3739