

平成 29 年度フグ取扱責任者講習会仮受付表

希望する講習会 (○ををする)		学科講習会 ・ 実技講習会		
受付年月日		平成 29 年 月 日		
氏名 <small>ふりがな</small>				
住所		〒		
自宅電話番号				
携帯電話番号				
勤務先 (屋号・住所・電話番号)				
現在取得しているフグ取扱責任者等の免許 (いずれかに○)		有	都道府県名	資格名称
		無		
受講要件	学科講習会 (いずれかに○)	ア ・ イ ・ ウ		
	実技講習会 (いずれかに○)	山梨県の学科講習会修了見込みの者		⇒ (いずれかに○) ア ・ イ
		山梨県の学科講習会修了の者 (交付年月日 ・ 終了証書番号)		
		同等以上の知識を有すると認められる者	取得都道府県名 _____	
	資格名称 _____			

(別紙)

都道府県	資格名称

※1 受講要件

(1) 学科講習会

次のいずれかに該当する者

ア 調理師法第2条の規定による調理師である者

イ 山梨県食品衛生法施行条例第2条の管理運営の基準の規定による知事が指定する講習会（以下「食品衛生責任者養成講習会」という。）を受けた者（食品衛生責任者講習会を受けた者とみなすものを含む。）

ウ フグを取扱っている施設に従事する者又は、過去にフグ取扱いの経験がある者

(2) 実技講習会

学科講習会を修了した者又はこれと同等以上の知識があると知事が認めた者であって、次のいずれかに該当する者

ア 調理師法第2条の規定による調理師である者

イ フグを取扱っている施設に従事する者又は過去にフグ取扱いの経験がある者で、取扱経験年数が概ね5年以内に2年以上の経験がある者