

島根県薬事衛生課食品衛生グループ あて

(FAX番号：0852-22-6041)

## 平成 29 年度食品適正表示研修会 受講申込書

企業等の名称	
主な業種等 ※該当するものに○	製造業 加工業 輸入業 販売業 行政関係者 分析機関 印刷業 その他 ( ) (主な取扱品目 )
県内事業所等の住所	
連 絡 先	(担当者氏名)
	( 電 話 )
	( F A X )

※定員に達した際などに連絡する場合がありますので、連絡先の電話番号は忘れずに記入してください。

### ■受講希望者氏名・受講会場

受講希望者氏名	受講会場	優先順位 (数字で記入)
ふりがな	第1希望 第2希望	
ふりがな	第1希望 第2希望	
ふりがな	第1希望 第2希望	
ふりがな	第1希望 第2希望	
ふりがな	第1希望 第2希望	

※行政関係者の方は、必ず第2希望まで受講会場を記入してください(その他は任意)。

【お問い合わせ先】島根県薬事衛生課食品衛生グループ 電話：0852-22-6487

お送りいただいた情報は、本研修会の目的以外には使用いたしません