

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30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 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)
	(FAX)

※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		
ふりがな		

【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