

島根県薬事衛生課食品衛生グループ あて
 【FAX 番号：0852-22-6041】

食 品 表 示 法 説 明 会 受 講 申 込 書

事業所等名	_____
主な業種・取扱品目等	_____
事業所等の住所	_____
連絡先（TEL）	_____
（FAX）	_____

※定員に達した場合等に、連絡する場合がありますので、連絡先（TEL）は忘れずに記入してください。

■受講希望者氏名、受講会場

受講者氏名	受講会場 (いずれかに○印)	希 望 (いずれかに○印)
	松江会場 午前	第1希望 第2希望
	松江会場 午後	第1希望 第2希望
	浜田会場 午前	第1希望 第2希望
	浜田会場 午後	第1希望 第2希望
	隠岐会場 島後	第1希望 第2希望
	隠岐会場 島前	第1希望 第2希望
	松江会場 午前	第1希望 第2希望
	松江会場 午後	第1希望 第2希望
	浜田会場 午前	第1希望 第2希望
	浜田会場 午後	第1希望 第2希望
	隠岐会場 島後	第1希望 第2希望
	隠岐会場 島前	第1希望 第2希望

○お送りいただいた情報は、本説明会の実施に限って利用させていただきます。