**島根県薬事衛生課食品衛生グループ　行き**

**（ＦＡＸ番号：０８５２－２２－６０４１）**

**新たな加工食品の原料原産地表示に関する説明会**

**受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 事業者住所 | 〒 |
| 事業者区分 | 製造業　　　　　加工業　　　　　販売業　　行政関係者　　印刷業者　　（　　　　　　　　　） |
| **連　絡　先** | （**申込責任者**） |
| （**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※どれか１つに○ |
|  | 浜田会場　　　松江会場 |
|  | 浜田会場　　　松江会場 |

※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。

【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