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