

食品表示講習会 受講申込票

- FAX またはメールでお申込みください。
- メールでお申込みの場合、以下と同じ内容をお知らせください。

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業者名		
連絡先	電話番号	
	FAX 番号	
	E-mail	
受講者	ふりがな	
	氏名	
受講日 (○をつけてください)		6月26日(水) 能登中部保健福祉センター
※講習会の内容は各会場 共通です。ご都合のよい 会場で受講できます。		7月11日(木) 県立生涯学習センター能登分室
		7月16日(火) 南加賀保健福祉センター
		7月18日(木) 石川中央保健福祉センター
		9月 9日(月) 県庁行政庁舎

【食品表示について、ご質問があればご記入ください。】

【申込み・お問い合わせ先】

石川県健康福祉部健康推進課 健康づくり推進グループ (担当:酒井)

TEL: 076-225-1584 FAX: 076-225-1444

E-mail: kennsui@pref. ishikawa. lg. jp

※ご記入いただいた内容は、本講習会にのみ使用します。