****

【宛先】　埼玉県保健医療部食品安全課　総務・安全推進担当

 　　　048-830-4807 　　　　a3420-02@pref.saitama.lg.jp

**食の安全基礎講習会　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ご所属 |  |
| ご担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

１　開催予定日時を第３希望までご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１希望 |  | 月 |  | 日 |  | ～ |  |
| 第２希望 |  | 月 |  | 日 |  | ～ |  |
| 第３希望 |  | 月 |  | 日 |  | ～ |  |

２　開催形式について、ご希望の方法を選び、この欄**↓**に〇（マル） をご記入ください

※ハイブリッド形式の場合は両方に〇をご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 集合形式 |  |
| オンライン形式 |  |

３　集合形式をご希望の場合

（１）開催場所の施設名と所在地をご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 所在地 |  |

（２）ご準備いただけるものがありましたら、この欄**↓**に〇（マル）をご記入ください

※手洗い実習に関する資材は県で準備します

|  |  |
| --- | --- |
| プロジェクター |  |
| スクリーン |  |
| マイク |  |
| 講義資料の印刷 |  |

４　参加人数（見込み）をご記入ください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加人数 |  | 人 | （ |  | 団体） |

５　その他、連絡事項やご要望等がありましたらご記入ください