**【宛先】**埼玉県食品安全課総務・安全推進担当

　　　　 **Mail**　a3420-02@pref.saitama.lg.jp

　　　　 **Fax**　０４８－８３０－４８０７

**「食の安心サロン」申込書**

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

**１　ご希望のテーマをご記入ください**

**２　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 |  | ～ |  |

**３　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**

|  |  |
| --- | --- |
| 講義型 |  |
| 座談会型 |  |

**４　実施会場についてご記入ください**

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

**５　参加予定人数をご記入ください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大人 |  | 人 |
| こども |  | 人 |

**６　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**