

# 平成31年度 食品表示・HACCP研修会 参加申込書

**【宛先】** 新潟市保健所 食の安全推進課  
**【送付先】** 電 話 025-212-8230  
 ファックス 025-246-5673  
 電子メール [shokuanzen@city.niigata.lg.jp](mailto:shokuanzen@city.niigata.lg.jp)

参加希望日 (丸で囲んでください)	5月22日(水) / 7月30日(火) / 12月11日(水)		
希望日が定員に達した場合、日程変更が可能か (丸で囲んでください)	はい	・	いいえ
当てはまる業種を丸でかこんでください。	生めん・豆腐 / 生菓子 / 漬物・味噌・醤油 その他(業)		
午後の各論研修会参加希望の有無	参加する ・ 参加しない		
法人名 又は 営業者名			
営業施設名称			
営業施設住所	新潟市 区		
電話番号		FAX番号 (お持ちの方)	
電子メール (お持ちの方)			
<b>参加者名</b>			
ふりがな			
氏名			
ふりがな			
氏名			

※記入に記載漏れがありましたら、電話等でご確認させていただく場合があります。  
 ※電子メールで申し込まれる場合、記載事項をご記入いただければ、様式は問いません。  
 ※複数名の申し込みで、参加希望日がそれぞれ異なる場合は氏名の隣にご記入ください。