****

【宛先】　埼玉県保健医療部食品安全課　総務・安全推進担当

 　　　　a3420-02@pref.saitama.lg.jp

**「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　実施会場についてご記入ください**

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

**４　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**

|  |  |
| --- | --- |
| 駐車場 |  |
| スクリーン・モニター |  |
| プロジェクター |  |
| マイク |  |
| 延長コード |  |
| 講義資料の印刷 |  |

**５　ご参加者について、該当する欄に組数または人数（見込み）をご記入ください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 親子 |  | 組 |
| 大人のみ |  | 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**