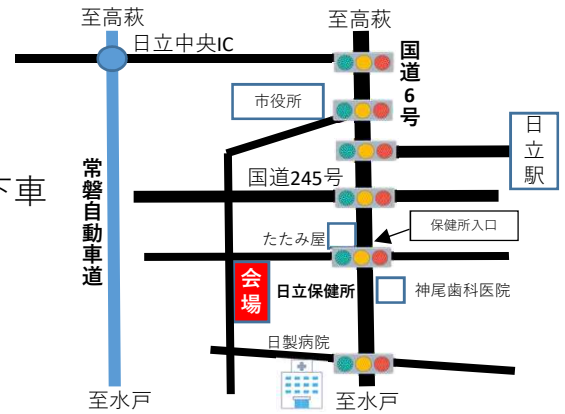


○交通機関ご利用の場合

JR常磐線日立駅下車。茨城交通6号經由
日立総合病院方面行きバス電線工場入口停留所下車
徒歩3分

○お車ご利用の場合

常磐自動車道・日立中央I.Cから約10分



茨城県中央保健所 監視指導課 行き

(FAX 029-241-5313)

令和 年 月 日

令和6年度食の安全・安心リスクコミュニケーション申込書

1 参加者

代表者氏名			
連絡先	電話番号：		
No.	氏名	住所（市町村）	職業 該当するものに☑
1			<input type="checkbox"/> 食品営業者 <input type="checkbox"/> 消費者 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他（ ）
2			<input type="checkbox"/> 食品営業者 <input type="checkbox"/> 消費者 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他（ ）
3			<input type="checkbox"/> 食品営業者 <input type="checkbox"/> 消費者 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他（ ）
4			<input type="checkbox"/> 食品営業者 <input type="checkbox"/> 消費者 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他（ ）
5			<input type="checkbox"/> 食品営業者 <input type="checkbox"/> 消費者 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他（ ）

2 質問事項

令和7年1月23日（木）17：00までにお申込みください。

定員に達するなど参加いただけない場合のみご連絡します。

参加いただける場合は連絡はしませんので、当日、会場へお越しください。

いただいた個人情報は、本研修会以外には使用しません。