|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名等 |  |
| 相談者名※相談会に出席される方全員の氏名をご記入ください。 | 役職： | 氏名： |
| 役職 | 氏名： |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| Email |  |
| 希望相談日 | 希望日　※希望日に☑を付けてください。 |
| □令和7年7月2日（水） | □令和7年8月28日(木) | □令和7年10月27日（月） |
| □令和7年11月27日（木） | □令和8年1月29日（木） | □令和8年2月20日（金） |
| 希望時間帯※第1希望～第3希望に〇をつけてください。 | 時間帯 | 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 |
| 9:30~10:45 |  |  |  |
| 11:00~12:15 |  |  |  |
| 13:15~14:30 |  |  |  |
| 14:45~16:00 |  |  |  |
| 相談を希望する商品の種類 | □機能性表示食品　□栄養強調表示　□栄養機能食品　□その他・未定 |
| 具体的な相談内容※当日相談したい内容を具体的にご記入ください。 |  |

青森県産業イノベーション推進課　畑山　宛て
✉：innovation@pref.aomori.lg.jp

**健康志向食品等専門家相談会**

**申　込　書**

私は、標記相談会について、下記事項を理解した上で、次のとおり申し込みます。

□ 各種法令の遵守義務は、相談者にあること。

　　□ アドバイスを受けた商品及び広告サービス等に関する責任は、相談者にあること。