

FAX 017-718-0960

✉ ikiiki.food.aomori@gmail.com

活き生きフードあomor事務局  
担当:中村 宛て

# 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、相談者であること。  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。

企業名・団体名等							
相談者名 <small>同行者も含めて相談会に出席される全員の名前をご記入ください。</small>				役職：			
				役職：			
住所	〒						
電話番号	( )		FAX	( )			
E-mail							
希望相談日及び時間帯	希望日 / 希望日に○を付けてください。(1つ)			開催時間			
	<input type="checkbox"/> 令和6年 6月11日(火)	<input type="checkbox"/> 令和6年 11月25日(月)		第1希望～第3希望に○を付けてください。	第1希望	第2希望	第3希望
	<input type="checkbox"/> 令和6年 7月 9日(火)	<input type="checkbox"/> 令和6年 12月23日(月)		9:30～10:45			
	<input type="checkbox"/> 令和6年 8月 8日(木)	<input type="checkbox"/> 令和7年 1月27日(月)		11:00～12:15			
	<input type="checkbox"/> 令和6年 9月10日(火)	<input type="checkbox"/> 令和7年 2月14日(金)		13:15～14:30			
<input type="checkbox"/> 令和6年 10月15日(火)	<input type="checkbox"/> 令和7年 3月10日(月)		14:45～16:00				
相談を希望する商品の種類	<input type="checkbox"/> 機能性表示食品 <input type="checkbox"/> 栄養強調表示 <input type="checkbox"/> 栄養機能食品 <input type="checkbox"/> その他・未定						
具体的な相談内容 <small>当日相談したい内容を具体的に記入ください。</small>							

\*相談内容に応じて、時間帯を調整させていただく場合がありますので、予め承願います。