大分県北部保健所（豊後高田保健部）

　健康安全・衛生課　あて

FAX：0978-22-2684　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

メール：a12091@pref.oita.lg.jp

**食品衛生・薬物乱用防止講習会　講師派遣申込書**

下記のとおり、（食品衛生・薬物乱用防止）の講師派遣を申し込みます。

１　**申込者**

　　施設名

　　住所

２　**希望日時**

　　第１希望　　　　　　　年　　月　　日　　時　　分　　～　　時　　分

　　第２希望　　　　　　　年　　月　　日　　時　　分　　～　　時　　分

　　第３希望　　　　　　　年　　月　　日　　時　　分　　～　　時　　分

　　　　　　　　　（*※１７時以降の講習会は承れません*）

３　**講習会実施場所**

　　施設名　　　　　　　　　　　　　　・　　　階

　　施設住所

４　**講習会テーマ**（該当するものに○を付けてください）

　　食中毒　　食品表示　　　薬物乱用防止　　　その他（　　　　　　　　）

５　**人数**　　　　　　　　　　　　　名（*※５名以上*）

６　**設備**（準備可能なもの）

　　スライド映写装置（パソコン・プロジェクター・スクリーン）　　有　・　無

　　ビデオ映写装置（テレビ・ビデオデッキ・ＤＶＤプレーヤー）　　有　・　無

７　**担当者**

氏名

電話番号