

食品開発・品質技術人材育成事業
「微生物検査手法スキルアップ研修」参加申込書

年 月 日

地方独立行政法人鳥取県産業技術センター食品開発研究所長 様

(企業の所在地) 〒

(企業の名称)

(申込担当者の職・氏名)

印

地方独立行政法人鳥取県産業技術センター食品開発・品質技術人材育成事業実施要綱を承諾し、
下記のとおり申し込みます。

参加者	氏名	
	所属・役職	
連絡先	電話 () -	
	FAX () -	
	E-mail	
参加希望日 (希望日程に○)	日程①：6/12(月)～13(火)、日程②：6/15(木)～16(金) 第一希望： 日程① 日程② 第二希望： 日程① 日程②	
支払方法	a. 現金(当日持参) b. 銀行振込	
研修に対するご要望等があればご記入ください		