

# 医療・健康福祉×地元食材 マッチング交流会 2017 来場申込書



下記に必要事項をご記入いただき、FAX もしくは電子メールによりお申し込みください。

事業者名	フリガナ		
	.....		
所在地	〒		
ご担当者 職・氏名	(所 属・役職名)	フリガナ	(参加予定人数)
		(氏名)	名
連絡先	(TEL)	(FAX)	
	(E-mail)		
ご職業 ※該当する業種を黒 塗り(■)して下さい。	<input type="checkbox"/> 栄養士( <input type="checkbox"/> 児童福祉施設、 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉施設、 <input type="checkbox"/> 病院関係、 <input type="checkbox"/> その他( ) )、 <input type="checkbox"/> 栄養士以外の社会福祉関係 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設、 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉施設、 <input type="checkbox"/> 病院関係 <input type="checkbox"/> その他( ) )、 <input type="checkbox"/> 商社、卸売業、流通業、 <input type="checkbox"/> 中食産業・給食産業、 <input type="checkbox"/> 行政組織、 <input type="checkbox"/> メディア、 <input type="checkbox"/> その他( )		
求めている滋賀の 食材(自由記載)			

申込〆切:2017年12月3日(日)

申込先:FAX 077-528-4881

e-mail gc0101@pref.shiga.lg.jp

(お問い合わせ先)

滋賀県食のブランド推進課 松尾

TEL:077-528-3891

