医療・健康福祉　おいしが うれしが マッチング交流会 2017　参加申込書

下記に必要事項をご記入いただき、FAX、メール等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 （氏名）
連絡先	（TEL）	（FAX）
	(E-mail)	
	※電子メールでのワード形式のファイルの受送信について　　□可能 ／ □不可能	
展示 PR する 県産食材・ 加工品の名称 （商談可能なもの）	（名称） ※加工品の場合は、使用している県産食材名を併せてご記入ください。	
試食の有無	□試食あり／□ 試食なし ※ありの場合、試食品の内容をご記入ください。 （　　） □電気使用なし／□電気使用あり　使用する機器（　　） 使用ワット数（　　W） 【ご注意】 試食品の提供にあたっては、下記条件を満たすものについて可能とします。 1）会場での調理加工が不要なもの。 2）本交流会の開催中、出展者の責任において衛生管理が可能なもの。 3）水道使用はできません。	

◆20～30 の出展ブースを予定しております。多数の申込があった場合は、調整の上出展をお断りさせていただくことがございます。あらかじめご了承下さい。

◆出展者マニュアルについては、詳細決定後に送付します。

◆お預かりした個人情報につきましては、本交流会の連絡調整に活用させていただきます。本人の承諾なしに他業務に利用したり第三者に提供したりすることはありません（法令等に基づき提供を求められた場合を除く）。

申込〆切：11 月 15 日（水）17:00

（問い合わせ先）
食のブランド推進課　担当：松尾
TEL 077-528-3891

申込先：FAX077－528－4881　mail:gc0101@pref.shiga.lg.jp