様式第２号（第４条関係）

食品開発・品質技術人材育成事業

「微生物検査手法（基礎）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）

（例）所属長 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 |  |
| 業務経験等 | 業務経験（製造・検査・開発）　　　年 |
| 連 絡 先 | 電　話　（　　　　　　） 　　　　 － | |
| ＦＡＸ　（　　　　　　）　　 　　　－ | |
| E-mail | |
| 参加希望日 | 第一希望:　a. 5月14日(火)～16日(木) ｂ. 5月21日(火)～23日(木)  第二希望:　a. 5月14日(火)～16日(木) ｂ. 5月21日(火)～23日(木) | |
| 支払方法 | ａ．現金（当日持参） 　　　 　ｂ．銀行振込 | |
| 講座に対するご要望があればご記入ください | | |