

【申込先】 下記のいずれかにご連絡ください。

- ▶高知県薬務衛生課  
TEL:088-823-9672  
FAX:088-823-9264  
MAIL:131901@ken.pref.kochi.lg.jp

▶高知市保健所生活食品課  
TEL:088-822-0588  
FAX:088-821-6516  
MAIL:kc-140300@city.kochi.lg.jp

令和 8 年度 食品の安全性に関するリスクコミュニケーション  
「食品ロスの削減と食品衛生について」

参加申込書

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 事業者（団体）名等                        |  |
| 連絡先（TEL）                         |  |
| 参加者氏名                            |  |
| ※行が足りない場合は<br>別の用紙で提出してくだ<br>さい。 |  |
|                                  |  |
|                                  |  |
|                                  |  |
|                                  |  |

|                           |
|---------------------------|
| 開催に際し、質問等がありましたら、ご記入ください。 |
|                           |

申込期限 10月30日（金）