≪ＦＡＸ送信先≫　FAX 0742−27−3029

奈良県福祉保険部医療政策局薬務・衛生課　あて

「令和８年度なら食に関するリスクコミュニケーション」

――――― 参　加　申　込　書 ―――――

下記必要事項を御記入の上、お申込ください。（参加申込様式は問いません）

ふりがな 氏　名	住所（参加証送付先）
	〒　　－ 電話番号：
	〒　　－ 電話番号：
	〒　　－ 電話番号：
	〒　　－ 電話番号：
	〒　　－ 電話番号：
	〒　　－ 電話番号：
	〒　　－ 電話番号：

※参加申込は、令和８年１２月１０日(木)（必着）までにお願いします。
※参加証は、令和８年１２月１１日（金）にハガキを発送いたします。
　１２月１６日（水）までに届かなかった場合、奈良県薬務・衛生課
　（TEL：0742-27-8681）までご連絡ください。
※定員になり次第、締め切らせていただきます。
※お知らせいただいた個人情報は参加者把握の目的以外には一切使用いたしません。

――― 送　付　先 ―――

奈良県福祉保険部医療政策局薬務・衛生課
〒630-8501　奈良市登大路町30番地
FAX番号：0742-27-3029
電話番号：0742-27-8681