（別紙様式：ファクシミリ送付票）

　（公財）宮城県生活衛生営業指導センター　あて

　　（FAX：０２２－３４３－８７６４）

　　　　　　　　　　　　　　　　 組合名又は業種名

ご氏名

　令和３年度「地区巡回相談会」について下記により参加を申し込みます。

記

１　出席者ご氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 店舗名 | ご氏名 | 会　場 |
|  |  |  |
|  |  |  |

２　ご意見・質問事項等

　　（ご意見等があれば要旨について簡潔に記載ください。）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |