

食品モニター応募用紙

年	月	日
---	---	---

よみがな	
お名前	様
性別	男・女
生年月日	年 月 日生まれ
ご職業	
ご住所	〒 -
TEL / FAX	- / -
メールアドレス	

次の質問に対し、該当する項目の記号に○印をつけてください。

1. 障害者福祉施設で製造された食品について	A. 食べたことがある B. 知っているが食べたことはない C. 知らない
2. 職務経験について	A. 現在もしくは過去において、食品の生産、加工（調理）、流通、販売等に関する職業に就いた経験を3年以上有している。 B. 現在もしくは過去において、障害者福祉にかかわる職業に就いた経験を有している。 C. その他消費者一般（上記に該当しない）

申込み先 千葉県障害者就労事業振興センター

FAX: **043-202-5368**

本食品モニターは、千葉県障害者就労事業振興センターが実施する食品評価事業の目的に役立つものです。個人情報を外部に提供したり、他の目的に使用することはありません。