埼玉県保健医療部食品安全課　総務・安全推進担当　あて

E-mail:　a3420-02@pref.saitama.lg.jp

「食の安全体験教室」実施申込書

　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　校長名

|  |
| --- |
| 担当者 |
| 役職・氏名 |  |
| 連絡先 | (TEL) |
| (E-mail) |

１　実施対象者

（１) 学年・専攻

（２）クラス数・人数・班数

２　実施希望日時（できるだけ複数の候補日を記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 |
| 希望日 |  |  |  |
| 時　間 |  |  |  |

３　実施場所（調理室、実験室、集会室等）

４　希望するテーマ

　　↓当てはまるものにチェックを付けてください。

　[ ] 　①手洗い実習

[ ] 　②二次汚染防止実習

[ ] 　③ATPふき取り検査

[ ] 　④食肉の中心温度測定

[ ] 　⑤嘔吐物の適切な処理実習

[ ] 　⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　同様の授業経験（○年生の時に○○実験を行った等）

６　その他（補足事項、要望事項等）