

食品機能性表示相談 事前記入票

年 月 日

氏名	
住所	
電話番号	(自宅) - - / (携帯) - -
FAX	- -
メールアドレス	

食品名	
機能性	
関与成分	
調査方法	情報収集にはどのような媒体(インターネットの場合はサイト)を利用しましたか？
申請予定 制度名	<input type="checkbox"/> 新潟市健幸づくり応援食品 <input type="checkbox"/> 栄養機能食品 <input type="checkbox"/> 機能性表示食品 <input type="checkbox"/> 特定保健用食品 <input type="checkbox"/> その他 ()

相談希望日	第1希望	年	月	日	()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後
	第2希望	年	月	日	()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後
※ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。								
相談内容								