（様式1）

（文書番号）

　　年　　月　　日

食のあきた推進課長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名：

秋田県産品テスト販売制度の実施について（申請）

|  |  |
| --- | --- |
| 商　品　名 |  |
| 希望店舗名 |  |
| あきた美彩館アンケート調査 | 　希　望　：　　する　　・　　しない |
| 商品の種類 | 菓子類　農産加工品　水産加工品　畜産加工品　麺類乳製品　非アルコール飲料　工芸品・クラフト類　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望時期 | 年　　月　　から 　　　　年　　月　　　 |
| テスト販売の目的 |  |
| テストしたい事項（価格、デザイン、サイズなど） |  |
| 販売の注意事項 |  |
| 試食・試飲の提供 | 　提　供　：　あり　　　　・　　　　なし　提供量　： |
| 担　当　者 | 職・氏名 | TEL | FAX |
| 確認事項 | □　本テスト販売の利用に際しては、秋田県産品テスト販売制度実施要領の全文を熟読し、内容に同意して申請いたします。 |