夏休みは食のウラ側に潜入! 「食の安全こども調査隊」を募集します!

東京都では、リスクコミュニケーション事業の一環として、都民の皆様と食の安全について考える講座やシンポジウムを実施しています。

平成30年度は小学生とその保護者を対象とし、食中毒予防について理解を深めることを目的とした「食の安全こども調査隊」を夏休み期間に開催します。是非ご参加ください。

1 開催内容

活動	日 時	内 容
1日目	平成30年8月8日(水) 13時30分~16時30分	・ガイダンス・施設見学(府中市立学校給食センター)
2日目	平成30年8月10日(金) 10時15分~12時45分 または 14時00分~16時30分	・施設見学 (日本マクドナルド(株)研究施設) ・まとめ、修了式

[※]当日の集合場所は別紙チラシをご参照ください。

2 応募資格及び募集人数

都内在住の小学3~6年生とその保護者(各1名)、抽選で20組40名。2日間の活動にご参加いただける方。 ※参加無料。ただし会場までの交通費は自己負担となります。

3 申込み方法

【電子申請の場合】

パソコン: https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo/uketsuke/dform.do?acs=h30chosatai スマートフォン: https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo/uketsuke/sform.do?acs=h30chosatai

※携帯電話及びスマートフォンの一部の旧OSからは申請できません。

【往復はがきの場合】

<往復はがき記載方法>

[往信(表面)] 169-0073 新宿区百人町 3-24-1

東京都健康安全研究センター企画調整部 健康危機管理情報課 食品医薬品情報担当

[往信(裏面)] ①催し名「食の安全こども調査隊」、②参加希望者全員の氏名(ふりがな)、年齢、性別 ③住所、④電話番号、⑤2日目の希望時間(午前・午後)

〔返信(表面)〕申込者の住所及び氏名

[返信(裏面)] 白紙のまま御郵送ください。

4 締め切り

平成30年7月13日(金曜日) 当日消印有効

※参加の可否は、7月20日(金曜日)までにお知らせします。

5 その他

食品施設の見学を行うため、体調の悪い方や重篤な食物アレルギーをお持ちの方は参加をご遠慮ください。 当日の様子や写真を、後日東京都及び協力先のホームページ・SNS 等で紹介させていただく場合があります。 予めご了承ください。

問合せ先

健康安全研究センター 企画調整部 健康危機管理情報課 食品医薬品情報担当

担当:小川、小澤

電 話: 03-3363-3463、3472 (直通)



夏休みは食のウラ側に潜



安全な食べ物はどう作られる? 調査隊の一員となってプロの現場に潜入!



188 8月 8日(水) 288 8月 10日(金)

午後1時半から4時半

午前10時15分から12時45分 または 午後2時から4時半

(全2日間のプログラムです。両日ともご参加ください。)

1月日: 府中市立学校給食センター(集合場所は裏面参照)

2日目:東京都健康安全研究センター・日本マクドナルド(株)研究施設

・食中毒予防に関する学習

都内に在住の小学3~6年生と保護者(各1名) 抽選で2〇組4〇名

・施設の見学

申込み

ホームページ (PC:下記URL・スマートフォン:右下QRコード) または往復はがき(裏面参照)でお申込みください。

■申込締切 平成30年 7月13日(金)

https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo/uketsuke/dform.do?acs=h30chosatai

(当日消印有効)

※参加の可否は7月20日(金)までにお知らせします。

●お申込み及びお問合せ先● 東京都健康安全研究センター 食品医薬品情報担当

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-24-1

電話:03-3363-3472(平日午前9時から午後5時まで) ファクシミリ:03-5386-7427



当 日 集 合 時 間 • 場 所

※集合時間に移動を開始します。遅刻した方は参加できません。





注意事項

- ◆ 食品施設の見学を行いますので、体調の悪い方や、重篤な食物アレルギーをお持ちの方は 参加をご遠慮ください。
- ◆ 当日の様子や写真を、後日東京都及び協力先のホームページ・SNS等で紹介させていただく 場合があります。予めご了承ください。

往復はがき記載方法

<往信の表面> <返信の裏面> <返信の表面> く往信の裏面> ①「食の安全こども調査隊」 169 - 0073T000-0000 参加希望 (申込者の 往信 返信 ②参加希望者全員の こちらの面は 郵便番号) 氏名(ふりがな) 新宿区百人町3-24-1 年齢 白紙のまま (申込者の) 住 所 性別 東京都健康安全研究センター (何も書かず) ③住所 食品医薬品情報担当 行 ④電話番号 (申込者の) 氏 名 様 郵送ください。 ⑤2日目の希望時間 (午前・午後) ↑ 山折り ↑ 谷折り