

# 2016年度「味覚の授業」® 講師参加申込書

必要事項をご記入のうえ、2016年 8月末日 までにFAXにてご返送ください。

## FAX : 0120-662-755

申込日：2016年 月 日

ふりがな お名前			ご職業	
ご所属先・肩書き	*「味覚の一週間」公式ホームページに記載させていただきます。			
ご住所	〒			
TEL		FAX		
携帯番号		E-mail		
可能日 *学校とのマッチングの際、複数可能日があれば幸いです	10月17日(月) ・ 18日(火) ・ 19日(水) ・ 20日(木) ・ 21日(金)			
対応可能パターン	①授業のみ可		②授業及び調理実習可	
事務局の派遣するコーディネーターの同行	要		不要	
「味覚の授業」講師セミナー(無料)の 受講について	①受講希望		②受講済み	
	*セミナーの開催については追ってご連絡いたします			
訪問する学校について	*訪問可能な地域や学校が決まっている場合お書きください			
「味覚の食卓」への参加について	希望する		希望しない	
備考欄				

\*お預かりした情報は、「味覚の一週間」および「味覚の授業」でのみ使用させていただきます。

\*何度かご連絡させていただきますので、確実に連絡の取れるご連絡先をご記入ください。

\*コーディネーターとは：講師と学校の間に入り、事前打ち合わせ、当日のサポートをお願いする人です。

(地域によっては事務局から派遣できない場合もございますので、ご了承ください。)

私は上記の内容に同意の上、「味覚の授業」に参加します。

年 月 日 ご署名：



問い合わせ先

「味覚の一週間」事務局 TEL:03-3402-5616 Mail: info@legout.jp