

# 2017年度「味覚の授業」<sup>®</sup> 講師参加申込書

必要事項をご記入のうえ、2017年8月31日(木)までにFAXにてご返送ください。

## FAX : 0120-662-755

申込日 : 2017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 23日(月) ・ 24日(火) ・ 25日(水) ・ 26日(木) ・ 27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