

2018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、2018年8月31日(金)までにFAXにてご返送ください。

## FAX: 0120-662-755

申込日: 2018年 月 日

ふりがな お名前			
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 15日(月) ・ 16日(火) ・ 17日(水) ・ 18日(木) ・ 19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