


お申込みは郵送または、FAX (073-421-8817)までお願いいたします。

## キッズシェフ体験申込書

|   |                  |
|---|------------------|
| 学校名   | 参加学年             |
|   | 年生               |
| 〒<br>住所   |                  |
| 電話  | FAX              |
| メールアドレス   |                  |
| 担当者名  | (電話が繋がりやすい時間帯: ) |
| キッズシェフ開催希望時期 (詳しい日程は打ち合わせ時に決定)  |                  |
| 参加人数  | 保護者参加(見学のみとなります) |
| 児童 名 教員 名   | あり なし            |
| 応募にあたりPRしたい点があればご記入下さい。   |                  |
|  |                  |

書類選考後 10月15日 以降に当会よりご連絡いたします。