

## カルビー『おやつとの付き合い方』講演会（無料）申込書

## ■ご依頼主情報をご記入ください

ふりがな	
ご依頼主(施設・団体)名	
ご依頼主(団体)住所	〒 ー (最寄駅 線 駅) 都道 府県
ふりがな	
ご連絡窓口 担当者名 (フルネーム)	□クラス担任( 年 組) □栄養教諭 □養護教諭 □PTA役員 □勉強会ご担当 □その他( ) ※講演会当日のご同席をお願い致します
平日9:00~17:00に連絡 できるTEL・FAX	■TEL ( ) ー ( ) ー ■FAX ( ) ー ( ) ー
パソコンのメールアドレス ※メールで資料などをデータ送 信しながら打合せを進めます	@

## ■希望する開催条件についてご記入ください

開催希望日 ※午前10~12時、午後1~5時 の時間が基本です 保護者:60分、学生:90分です	第1希望: 月 日( ) 時 分 ~ 時 分
	第2希望: 月 日( ) 時 分 ~ 時 分
	第3希望: 月 日( ) 時 分 ~ 時 分
開催場所住所 連絡先	(上記住所と異なる場合のみ記入) (最寄駅 線 駅) 〒 ー ビル・建物名 TEL ー ー
会場 ※準備・片付けに前後30分使 用可能な会場をお願いします	階 室 ※講師がパソコンを持ち込みます。マイ ク、プロジェクター、スクリーンをご準備くだ さい
聴講人数 ※保護者30名から。先生もご いっしょの場合は保護者30名+ 先生の人数でお考えください	保護者 名 / 教職員 名 / 学生 名
お申込理由 ※講演会名称や目的(ねらい) など具体的に記入ください	
ご要望や質問など ※任意記入	

お申し込みは下記までFAXをお願いします

個人情報の取り扱いについては、Webサイト上の個人情報保護方針 (<http://www.calbee.co.jp/privacy/>) に基づきます。

お申込先:カルビー・フードコミュニケーション事務局

FAX 028-638-7810

【お問い合わせ先】

TEL:03-5220-6281

※月~金曜日(祝日を除く) 9:00~17:00