

料理教室申込書

福島市指定管理者 様

団体名 _____

代表者名 _____

開催日	平成 年 月 日 ()
開催時間	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
開催場所	
目的	例) 季節の食材を使った料理を学びたい など
人数	例) 小学3年生4名 保護者4名 等 名 内訳
連絡先	氏 名 連絡先
備考	

*料理教室を希望される方は、事前に電話などで予約や空き状況等を確認してから、この様式で申込みを行なってください。
(該当する項目を○で囲むか記入を行い持参又は FAX 等で送付してください。)

○確認及び申込み先

(一社) 福島市公設地方卸売市場協会

福島市北矢野目字樋越 1 番地

直通電話 024-553-3431

F A X 024-553-3432