

# 西神中央クッキングスタジオ

## HPからのお申し込みが便利です!

HP><http://www.mandaicooking.com>

FAXでお申し込みの場合は当用紙をご利用ください。

「万代クッキングスタジオ教室受講」を申し込みます。

お申し込み日 年 月 日

受講希望日	年 月 日 ( )
希望時間	※FAX用紙1枚につき 1講座のお申し込みとさせていただきます。
ご受講会場	西神中央
ご住所	〒 ー
携帯番号	( 携帯電話をお持ちでない ) ( 場合はご自宅の電話番号 )
FAX番号	
メールアドレス	@
氏名	ふりがな ----- ( 年齢 歳 )
アレルギーの有無	お申し込み者ご本人様がアレルギーをお持ちの場合はアレルギーの内容を詳しくご記入ください。 ( 有 ・ 無 )
受講希望人数	ご本人様を含むお申し込み総人数をご記入ください。 名 ( 大人 名 ・ 小人 名 )
ご同伴者様氏名	ふりがな ----- ( 年齢 歳 )
ご同伴者様アレルギー状況	( 有 ・ 無 )

※お申し込み状況によりご参加いただけない場合もありますのでご了承ください。

※お申し込み後、ご参加いただける方に、受講番号を連絡します。

ご希望の連絡方法に丸印をお付けください。

( ご連絡方法      電話      ・      FAX      ・      メール )

お申込み先: 「万代クッキングスタジオ事務局」

TEL>**070-5341-7750** FAX>**078-862-5713**

受付時間: 平日10:00~18:00 (土日祝、年末年始除く)

※ご記入いただいた個人情報は、受講の可否のご連絡および本件に関する諸手続きに利用させていただき、使用後は適切に破棄いたします。

※個人情報を当該業務の委託に必要な範囲で委託先に提供する場合や、関係法令により認められる場合を除き、お客様の事前の承諾なく第三者に提供することはありません。

※お申込みの際に発生する通信費は、お申込者様ご負担となりますので予めご了承願います。