

# 日本料理教室 Kitchen Witch

## 体験レッスン申し込み・問い合わせシート

お名前 (漢字・ふりがな)			
ご住所	〒		
T E L		F A X	
M A I L			
ご職業			
お歳 ○で囲んでください	10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代		
ご紹介者お名前			
体験ご希望日	平成 年 月 日 ( 曜日) 教室の混み具合でご希望に添えない場合もあります。		
ご希望のクラス ○で囲んでください	教室スケジュール：都合により、変更する場合があります。 ・平日昼クラス 1 1時30分～15時30分 ・平日午後クラス 1 4時30分～18時30分 ・平日夜クラス 1 8時00分～22時00分 ・土曜午後クラス 1 4時30分～18時30分 ・日曜・祝日昼クラス 1 1時30分～15時30分 ・日曜・祝日午後クラス 1 4時30分～18時30分		
ひとこと	教室体験についてのお問い合わせ事項やご自身のことなどをお書きください。		

必要事項をご記入のうえ、下記番号宛にFAXを送信してください。

送信年月日 平成 年 月 日

**FAX 03-3485-3274**