中学生・高校生　苗物の寄せ植え出張教室　　申込書

熊本県花き協会・（令和５年度ジャパンフラワー強化プロジェクト推進事業）事務局
〒８６１－４１０６　熊本市南区南高江５丁目６－７１（熊本県花き園芸農業協同組合内）
FAX ： ０９６－３５７－２２６１　メール ： japanflower@kumahana.or.jp

お申込み団体名	（ふりがな）		
お申込み担当者名	（ふりがな）	ＴＥＬ	
		ＦＡＸ	
寄せ植え教室　実施希望	【第１希望日】　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分		
※寄せ植え教室にかかる時間は、１時間程度です。	【第２希望日】　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分		
寄せ植え教室　参加人数	【生徒】　　名　（　　年生）		
寄せ植え教室実施会場名	（ふりがな）		
寄せ植え教室 実施会場住所	（ふりがな） 〒　　－		
開催通知文発送先 住所・氏名 ※開催が決定した場合、事務局よりスケジュール等を連絡させていただきます。	（ふりがな） 〒　　－ （　　）様　　宛		
備考欄 事務局	※　質問・相談等ございましたらご記入いただくか、電話にてお問合せ下さい。 ＴＥＬ　：　０９６－３５７－８７００ 担当：宇藤・平岡・田熊		

【　実施期間　：　令和　５年　１０月～令和　５年　１１月末　】

※募集数に達した場合は、実施期間内でも受付を終了いたします。予め、ご了承ください。

※申込書受取後、実施学校につきましては、日程調整・内容説明等について、後日、事務局からお申込みご担当者様へお電話にてご連絡いたします。

※ご担当者様のお電話番号は、日中、連絡の取れる番号をご記入いただきますようお願いいたします。

※寄せ植え教室実施希望日が複数校重なった場合、希望日以外で日程調整させていただくこともあります。予め、ご了承下さい。