

申込締切  
11月5日(水)

# 令和7年度 四国4県 グリーン・ツーリズム実践者交流研修会 参加申込書

四国グリーン・ツーリズム推進協議会 事務局 宛

|                               |                                                                                                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所属団体名                         | 該当する（ ）に○を記入するとともに、 <u>所属団体名</u> を記入してください。                                                                     |
|                               | ( ) 農林漁家民宿経営者(所属: )                                                                                             |
|                               | ( ) 体験メニュー提供者(所属: )                                                                                             |
|                               | ( ) 教育旅行受入家庭                                                                                                    |
|                               | ( ) 農林漁家民宿開業希望者(所属: )                                                                                           |
|                               | ( ) 体験メニュー提供希望者(所属: )                                                                                           |
|                               | ( ) 市町村の職員(所属: )                                                                                                |
|                               | ( ) 県の職員 (所属: )                                                                                                 |
|                               | ( ) グリーン・ツーリズムに係る地域協議会等の関係者(所属: )                                                                               |
| ( ) その他(所属: )                 |                                                                                                                 |
| 参加者氏名                         | (ふりがな)                                                                                                          |
|                               | 代表者 氏名:                                                                                                         |
|                               | (ふりがな)                                                                                                          |
|                               | 氏名:                                                                                                             |
| 参加費                           | (ふりがな)                                                                                                          |
|                               | 氏名:                                                                                                             |
|                               | 2,000 円(昼食代) × 受講人数 _____ 人 = _____ 円<br>※当日、会場でお支払いください(現金のみ)。                                                 |
|                               | ※お申込み後欠席される方は 11 月 14 日(金)午後 4 時までに御連絡ください。<br>以降のキャンセルについては、キャンセル料が発生する場合があります。<br>後日代表者あてご案内いたしますので、お振込みください。 |
| 代表者<br>住所<br>電話番号<br>メールアドレス  | 【住所】〒<br>【TEL】 ※必須、日中繋がる番号を記入 : _____<br>【メールアドレス】 : _____                                                      |
| 研修の内容について事前に質問等があれば、記入してください。 |                                                                                                                 |

**申込先** 研修会のお申込先は、各県事務局までお願いします。

●高知県事務局：高知県地域観光課

mail：020601@ken.pref.kochi.lg.jp

※お預かりする個人情報に関しましては、四国各県の個人情報保護条例に則り、研修参加者の管理に関する事務処理、各種情報の提供、その他の連絡を目的として使用いたします。また、研修中の映像・写真・記事等がテレビ・新聞・雑誌・インターネット等へ掲載される場合があります。上記の事項については、参加申込みをされた段階でご承諾されたことといたします。