

教育長	事務局長	同次長	主査	栄養教諭	栄養教諭	栄養士	事務員

北空知圏学校給食センター施設見学・給食試食申込書

平成 年 月 日

北空知圏学校給食組合事務局長 様

(申込者) 団 体 名 _____

代表者住所 _____
〒

代 表 者 名 _____

電 話 番 号 _____

次のとおり、施設見学を申し込みます。

見 学 日 時	※予め電話で予約した日時を記載してください。 年 月 日 () 時 分～ 時 分
参加予定人数	人
区 分	番号に○を付けてください。 1 施設見学のみ 2 施設見学及び給食試食
見 学 目 的	
駐車場希望台数	
備 考	

※給食の試食を希望される場合は、試食代金(一人当たり一食304円)が必要となります。