

年 月 日

学校給食センター長 宛

施設見学及び試食の申込書

団体名	
代表者氏名	
代表者住所	
連絡先	電話 携帯
見学希望日	年 月 日 ()
見学希望時間	時 分 ~ 時 分 まで
参加人数	大人 人 ・ 子供 人
試食希望 (※)	有 (食) ・ 無
自家用車用 駐車場 (※)	要 (台) ・ 不要 ※ バス用駐車場は4台分あります。
その他の希望	

※印の項目はどちらかに○をつけてください。

試食は**1食 325円**です。

見学終了時に納付書をお渡ししますので、金融機関の窓口にてお支払いください。

帯広市学校給食センター

TEL : 0155-49-1900

FAX : 0155-49-1901

〔給食センター使用欄〕	係長	栄養士	栄養士	担当