

平成 年 月 日

一関市 _____ 学校給食センター所長 様

団 体 名 _____

代表者氏名 _____

住 所 _____

電話連絡先 _____

学校給食試食会 申込書

下記のとおり申込みます。

記

期 日	平成 年 月 日 ()
人 数	名
給 食 費	260円× 名 = 円

*学校給食センターへの申込み完了後、2週間前までに学校給食センターへ
FAX またはご持参願います。