

平成 30 年 月 日

一関市_____学校給食センター所長 殿

氏 名 (団体の場合は団体名と代表者名を記入)

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。

FAX番号

西部学校給食センター	32-1115	西部第二学校給食センター	32-1601
真滝	21-1321	花泉	82-3357
大東	75-2789	千厩	51-3067