

教育長	事務局長	同次長	主幹	副主幹	係	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

年 月 日

北空知圏学校給食組合事務局長 様

TEL : 0164-23-5533 / FAX : 0164-22-1270

Email : dream-kitchen@kitasorachi.hokkaido.jp

(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	台
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359円)が必要となります。