

大牟田市中学校給食センター試食会申込書

令和 年 月 日

大牟田市中学校給食センター所長 様

(団 体 名) _____

代表者名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

下記のとおり、中学校給食の試食を申し込みます。

記

希 望 日	第1希望 令和 年 月 日 () 第2希望 令和 年 月 日 () 第3希望 令和 年 月 日 ()	人数	() 人 ※申込み後の人数変更は発注 の関係上、受付できません。
交 通 手 段	※該当するものの口にチェックを入れてください。 ※駐車場に限りがありますので、駐車台数を制限させていただく場合があります。 □自家用車 (台) □その他		
目的、要望等 (任意記入)			

※受付期間は試食会希望日の2週間前までです。(土日・祝日を除く)

※試食会費 (1食 350円) はつり銭の要らないように準備をお願いします。

【下記の欄は記入しないでください】

受付日	受付者