

令和 年 月 日

多久市学校給食センター施設見学・試食申込書

多久市学校給食センター所長 様

申請者 住 所 _____

団 体 名 _____

代 表 者 名 _____

担 当 者 名 _____

連絡先TEL () _____

下記のとおり施設見学・試食を申し込みます。

記

日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
人数	大人 人 ・ 子供 人 (年生)
試食希望	有 (食) ・ 無 (※試食代金 355円/食)
見学目的	
車両台数	バス・マイクロバス (台) 自家用車 (台)
備考	(質問したいこと、説明してほしいことがあればお書きください。)

※受入れ人数は、見学は40人、試食は24人までとなります。

※給食試食のキャンセルは、**8日前まで**となります。その後は、食材発注の関係上、試食代金をいただくこととなります。試食代金は、当日お支払いください。つり銭のいないように、ご準備ください。

※見学後の試食は、11時30分頃からとなります。

※駐車台数は、事前に確認ください。乗り合わせでお越しください。

(給食センター決裁欄)

所長	係長	学校栄養職員	主任

多久市学校給食センター TEL(0952)71-2036 FAX(0952)71-2038
E-mail : kyushokucenter@city.taku.lg.jp