

府中市立学校給食センター施設見学申込書

※お電話にて見学の仮予約をしてください。

予約がとれましたら、申込書の提出をお願いいたします。 (実施日の前月15日まで)

団 体 名	
フリガナ	
代表者氏名	
住 所	
電 話 番 号	()
見 学 日	令和 年 月 日 ()
人 数	人
目 的	
実 施 内 容	<p><input type="checkbox"/> 見学のみ 9:30～10:30</p> <p><input type="checkbox"/> 見学と試食 10:30～12:00</p> <p><input type="checkbox"/> 小学校 300円× 人 合計 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> 中学校 340円× 人 合計 _____ 円</p> <p style="text-align: center;"><u>団体全体として、上記のいずれかをお選びください。</u></p> <p>※見学日に納付書をお渡ししますので、金融機関またはコンビニエンスストアでお振り込みください。振り込み手数料は、不要です。</p> <p>※人数の変更・キャンセルは<u>前月15日17:00前まで</u>にご連絡ください。</p>
<p><u>試食申し込み</u> <u>における確認事項</u></p> <p>※<u>試食申し込みの場合</u>、内容をご確認の上、□にチェックをお願いします。</p>	<p><input type="checkbox"/> 試食の人数変更・キャンセルの期日は、「前月15日17:00まで」であることを確認した。</p> <p><input type="checkbox"/> 本センターでは、複数の献立を調理しているため、試食する献立に使用していない、別献立の食材が混入する（コンタミネーション）の可能性のあることを理解した。</p> <p><input type="checkbox"/> 試食申し込み者に、咀嚼困難者がいないことを確認した。</p> <p><input type="checkbox"/> 試食申し込み者に、食物アレルギーがある方の有無</p> <p style="text-align: center;">【 あり（品目： ） ・ なし 】</p> <p><input type="checkbox"/> 試食申し込み者に、食物アレルギーがある方がいる場合、エピペンの持参の有無 【 あり ・ なし 】</p>

【申込み・問合せ先】 府中市立学校給食センター TEL: 042-365-2665/FAX: 042-340-712

※内部決裁欄

受付	栄養教諭	技能主査	副所長	所長	給食費担当