

## 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	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 見学のみ 9 : 30 ~ 10 : 30  <input type="checkbox"/> 見学と試食 10 : 30 ~ 12 : 00  <input type="checkbox"/> 小学校 300 円 ×                            人    合計 _____ 円  <input type="checkbox"/> 中学校 340 円 ×                            人    合計 _____ 円   <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> </div>
<u>試食申し込み</u> <u>における確認事項</u>  <u>※試食申し込みの場合、内容をご確認の上、□にチェックをお願いします。</u>	<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。 <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）の可能性があることを理解した。 <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。 <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  <div style="text-align: center;">【    あり（品目：                                    )    ・    なし    】</div> <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    】

【申込み・問合せ先】 府中市立学校給食センターTEL : 042-365-2665/FAX : 042-340-7127

※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