

年 月 日 提出

学校給食事務所長 様

団体名

代表者

印

給食試食申込書（小学校）

試食実施日	年 月 日
実施場所	小学校／小学校給食センターあすなろ
試食予定人数	名 ※ 小学校開催の場合は1回50名以内、あすなろ開催の場合は1回5～30名以内でお願いします。
実施時間	1. ～ (給食事務所による学校給食の説明) 2. ～ (試食) 3. ～ (児童の給食参観 等) 4. ～ (その他)
担当者	代表者氏名
	連絡先(電話番号)
備考	<p>〈共通事項〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* だいたいの予定人数を1か月前に報告してください。試食日の3日前(土・日・祝日を除く)の午前10時まで人数変更可能ですので事務所へ連絡してください。</li> <li>* 試食費用は、1食当たり小学校給食270円です。学校での試食は学校へ納入してください。給食センターでの試食は給食事務所へ納入してください。なお、当日欠席の場合でも確定人数分の給食費はいただきます。</li> <li>* 食中毒等の関係上、飲食物の持ち込みや給食の持ち帰りはご遠慮ください。</li> <li>* 小さいお子様の同伴はなるべくご遠慮いただき、やむを得ない場合は保護者の監督をお願いいたします。</li> </ul> <p>〈学校が会場〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 試食時間は、11時30分～12時30分に食べ終わるように調整してください。(給食センターでの食器洗浄時間がありますので時間厳守をお願いいたします。)</li> </ul> <p>〈あすなろが会場〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 試食時間は、11時00分～12時30分の間で、1時間程度で食べ終わるように調節してください。(食器洗浄時間がありますので時間厳守をお願いいたします。)</li> <li>* 駐車スペースに限りがありますので、できるだけ乗り合わせてお越しください。</li> </ul>

〔連絡先〕 小学校給食センターあすなろ 高田町 347番地1 TEL53-7800 FAX53-7802  
 中学校給食センターおおぞら 矢田町4563番地1 TEL53-2809 FAX53-2876