

様式第3号(第3条関係)

年 月 日

阿見町長 殿

申込者 所在地又は住所 \_\_\_\_\_  
団体名 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

阿見町学校給食試食申込書

申込者である私は、阿見町学校給食費事務取扱規則第3条第4項の規定に基づき、学校給食の試食について次のとおり申し込みます。

記

試食目的	
試食日時	年 月 日( ) 時 分～ 時 分
試食人員	人(食)
試食場所	学校給食センター ・ その他( )

【学校給食の試食申込みに関する留意事項】

- (1) 食物アレルギー疾患等がある場合は、必ず申し出てください。
- (2) 試食をされる場合は、学校給食費(小学生以下：260円、中学生以上：290円)が必要です。
- (3) 試食当日は箸をご持参ください。配膳及び片付けは、申込者・団体で行っていただきます。