

日高市学校給食センター 宛

(FAX番号 042-985-3602)

学校給食センターにおける学校給食試食会 参加申込書 (日高市民用)

参加を希望される方の情報			備 考
1	(ふりがな) 氏 名	( )	
2	年 代 (該当する年代に○)	10代 (18~19歳) ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代 ・ 70代以上	満18歳未満を除く
3	住 所	日高市	
4	連 絡 先	Tel - - 、 Fax - -	電話番号 (固定電話・ 携帯電話) は必須
5	来所手段	乗用車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩	いずれかに○
6	センターにおける 学校給食試食会への 参加経験の有無	なし ・ 1回 ・ 2回以上	いずれかに○
7	ご質問・ご希望等		記載は任意

※参加を希望される方が多数 (13名を超える) の場合は、厳正な抽選により選出させていただきます  
(上記6の「なし」の方を優先させていただきます)。

※参加予定の方におかれましては、中学校・義務教育学校 (後期課程) の教職員と同じ日額350円 (令和8年度) を試食費として、当日集金させていただきます。(現金のみ。おつりのないようお持ちください。)  
キャンセルされる場合は、参加予定日の前々日の午後3時までに学校給食センターへのご連絡が必要です。それ以降はキャンセル料が発生します。後日、学校給食センターに持参していただくか、ご自宅に集金に伺わせていただく旨、ご了承いただきますようお願いいたします。

※当日は食物アレルギー対応食を提供できません。