

学校給食料理教室参加申込書

令和 年 月 日

公益財団法人大分県学校給食会理事長 殿

学校名等 _____
校長名等 _____ (印)
電話番号 _____

下記のとおり申し込みます。

第1希望	令和 年 月 日 曜日
第2希望	令和 年 月 日 曜日
希望場所	<input type="checkbox"/> 大分県学校給食会調理室 <input type="checkbox"/> その他 [施設名] _____ [住所] _____ [電話番号] _____ [FAX番号] _____ ※有料施設で実習する場合の施設料は参加者の負担とする
希望献立	<input type="checkbox"/> 献立1 おたのしみメニュー <input type="checkbox"/> 献立2 元気すくすく成長期メニュー <input type="checkbox"/> 献立3 ふるさとメニュー
参加者	<input type="checkbox"/> 保護者のみ 参加予定人数 _____ 名 <input type="checkbox"/> 親子 参加予定人数 _____ 組(保護者 _____ 名、子ども _____ 名) ※参加人数の変更がある場合は、10日前までに連絡すること
アレルギーについて	食物アレルギー表示対象食物及び推奨食物については献立名に表示しますので、各自でご注意ください。 【義務】卵、小麦、そば、落花生、乳、えび、かに 【推奨】あわび、いか、いくら、オレンジ、カシューナッツ、キウイフルーツ、牛肉、くるみ、ごま、さけ、さば、大豆、鶏肉、バナナ、豚肉、まつたけ、桃、やまいも、りんご、ゼラチン、アーモンド
担当者連絡先	[氏名] _____ [所属] _____ [電話番号] _____ [FAX番号] _____ ※担当の教職員がいる場合はご記入ください。 [携帯番号] _____ [氏名] _____ 先生

最終申込締切 令和2年9月30日(水)

※7月～10月に希望する場合は、開催希望日の1ヶ月前まで