

給食センターぷりむら申込書

令和 年 月 日

フリガナ								
利用者氏名	男・女							
生年月日	年	月	日	年齢	歳			
住所	〒							
	電話							
緊急連絡先	氏名				電話			
	本人との関係							
配食希望曜日 ○をつけて下さい		月	火	水	木	金	土	日
	昼							休業日
	夕							
特記事項(お粥・刻み・とろみなど)					アレルギーの有無			
禁食・嫌いなもの					お支払方法(○で囲んでください)			
				現金 ・ 口座引き落とし ・ 振込み				

給食センターぷりむら

TEL 03-5342-5107

FAX 03-5342-5187