

年 月 日

公益財団法人 長崎県学校給食会
理事長 宛

県給食会見学依頼書

見 学 団 体			
名称			
担 当 者			
所属部署		職 氏名	
住所	〒		
連絡先	TEL		FAX
	E-mail		
希 望	日時	第 1	月 日 時間 ~
		第 2	月 日 時間 ~
		第 3	月 日 時間 ~
参加人数	名		
備考 *希望する見学 内容など			

[長崎県学校給食会] TEL:0957-43-1321 FAX:0957-43-4618
Mail:gyoumu@nagasaki-kenkyu.or.jp