

給食サービス事業申込書

年 月 日

中札内村社会福祉協議会会長 様

(利用者) 住 所  
氏 名  
電話番号

印

給食サービス事業を利用したいので申込みします。

|                            |      |             |      |          |      |                   |    |
|----------------------------|------|-------------|------|----------|------|-------------------|----|
| 利用者                        | 住 所  | 中札内村        |      |          |      |                   |    |
|                            | ふりがな |             |      |          |      |                   |    |
|                            | 氏 名  |             |      |          | 性 別  | 男 女               |    |
|                            | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 ) |      |          | 電話番号 |                   |    |
| 世帯員                        | 氏 名  |             | 生年月日 |          | 年齢   | 続柄                |    |
|                            |      |             |      |          |      |                   |    |
|                            |      |             |      |          |      |                   |    |
| 緊急時の<br>連絡先                | 氏 名  |             |      | 住 所・電話番号 |      |                   | 続柄 |
|                            |      |             |      |          |      |                   |    |
|                            |      |             |      |          |      |                   |    |
| 希望する配食曜日<br>に○をつける<br>(昼食) | 月    | 火           | 水    | 木        | 金    | 食べ物アレルギー          |    |
|                            |      |             |      |          |      | ある なし<br>ある場合 ( ) |    |
| 希望する配食曜日<br>に○をつける<br>(夕食) | 月    | 火           | 水    | 木        | 金    | 土                 | 日  |
|                            |      |             |      |          |      |                   |    |