

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 連絡先	氏 名		住 所・電話番号			続柄	
希望する配食曜日 に○をつける (昼食)	月	火	水	木	金	食べ物アレルギー	
						ある なし ある場合 ()	
希望する配食曜日 に○をつける (夕食)	月	火	水	木	金	土	日