

No. _____

合併 20 周年記念事業中学校給食試食会
参加申込書（電話、窓口、メール、FAX 用）

令和 7 年 月 日

ふ り が な 参 加 者 氏 名	-----	参加者 年 齢	20代 30代
住 所	〒 ー 鴻巣市		40代 50代
			60代 70代以上
連絡先電話番号 (日中連絡がつく番号)			
試 食 日 (希望日に○)	10月29日・11月18日		
児童・生徒氏名			
学 校 名			
学 年			

【申込先】 鴻巣市立中学校給食センター
住所 鴻巣市滝馬室 578-1

電話番号 048-543-5333
FAX番号 048-543-5322
メ ー ル kyoiku@city.kounosu.saitama.jp