別紙２

FAX 03-5815-7099 又はメール s-soumu@togakkyu.or.jp

令和４年度第２回形態別調理実習（**２月２１日～２２日**）出席票

 会社名

 担当者名

 連絡先

(１) 令和５年度に盲、ろう、知的障害特別支援学校にて形態別調理を担当するもの。

　　　（令和４年度から引き続き担当する方も含みます。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名 | 職　名（該当を■に） | 　氏　　名 | 本研修会過去の参加回数 | 形態食担当経験（該当を■に） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | □現在□今後予定□過去担当 |

※ １月30日（月）までにご提出ください。

公益財団法人東京都学校給食会

本件照会先：総務課庶務担当　川上・木下　　電話：03-3822-9391