別紙２

メール　 **t-syokuiku@togakkyu.or.jp**

令和7年度形態別調理実習（**７月２９日～３１日**）出席票

 会社名

 担当者名

 連絡先

都立特別支援学校の調理従事者で過去にこの講習会を受けていない方を優先とします。

※３日間のうちの**１日を**受講していただきます。受講日については7月18日（金）までに

**決定通知**を送付いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名 | 職　名（該当を■に） | 　氏　　名 | 本研修会過去の参加回数 | 形態食担当経験の有無及び経験年数（該当欄に■） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | * 経験なし
* 経験あり

（　　年　　ヶ月） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | * 経験なし
* 経験あり

（　　年　　ヶ月） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | * 経験なし
* 経験あり

（　　年　　ヶ月） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | * 経験なし
* 経験あり

（　　年　　ヶ月） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | * 経験なし
* 経験あり

（　　年　　ヶ月） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | * 経験なし
* 経験あり

（　　年　　ヶ月） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | * 経験なし
* 経験あり

（　　年　　ヶ月） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | * 経験なし
* 経験あり

（　　年　　ヶ月） |
|  | □業務責任者□業務責任者代理□その他 |  |  | * 経験なし
* 経験あり

（　　年　　ヶ月） |

※ ７月４日（金）までにご提出ください。

＜本件照会先＞

公益財団法人東京都学校給食会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　総務課　食育推進係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：03-3822-9391