

令和 元年 月 日

公益財団法人 新潟県学校給食会 宛て
(FAX番号:025-267-4130)

新潟県学校給食フェア2019 参加申込

申 市町村名
込 所属先
者 -----
代表者氏名

NO	所 属	職 名	氏 名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

※ 用紙が足りない場合はコピーをお願いします。