

令和7年（2025年） 月 日

一般財団法人 豊中市職員厚生会事務局宛

第17期 弁当販売希望表

	項目名	内容	備考
①	会社名		
②	代表者氏名		
③	所在地	〒	
④	屋号（豊中市内店舗）		
⑤	所在地（豊中市内店舗）	〒	
⑥	担当者氏名		
⑦	担当者連絡先	（電話） — （携帯） — —	
⑧	販売希望曜日 （曜日に○をつけてください）	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	複数回答可
⑨	販売不可の曜日 （曜日に○をつけてください）	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	複数回答可
⑩	駐車場利用希望の有無	無 / 有	該当に○を
⑪	販売品目/価格（税込）/ 個数（1日）		複数品目可 枠に収まらない場合は別紙 に一覧で記載 してください。
⑫	販売希望体制（1日） （数字に○をつけてください）	1. 1者での販売 / 2. 2者での販売 / 3. どちらでも可	
⑬	その他		

提出期限 令和7年（2025年）11月7日（金）17時〆切（職員厚生会必着）

問い合わせ先

（一財）豊中市職員厚生会 〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1

電話：06-6858-2023

FAX：06-6846-6177