一般財団法人 豊中市職員厚生会事務局宛

第○期 弁当販売希望表

	項目名	内容	備考
1	会社名	厚生食品株式会社	
2	代表者氏名	豊中 厚生	
3	所在地	〒 561-8501	
		豊中市中桜塚3-1-1	
4	屋号(豊中市内店舗)	厚生屋	
(5)	所在地(豊中市内店舗)	〒 561-8501	
		豊中市中桜塚 3-1-1	
6	担当者氏名	豊中 未来	
7	担当者連絡先	(電話) △△-■■■■-○○○	
		(携帯) □■□-●○●-△△△	
8	販売希望曜日		複数回答可
	(曜日に○をつけてください)	月・火・水・金・金	
9	販売不可の曜日		複数回答可
	(曜日に○をつけてください)	月・火・・・・金	
10	駐車場利用希望の有無	無 / 旬 軽自動車1台	該当に○を
<u>(11)</u>	販売品目/価格(税込)/	日替り弁当A 600円 40食	複数品目可
	個数(1日)	日替り弁当B 700円 40食	枠に収まらない場合は別紙
		おにぎり弁当 300円 20食	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	水曜日は定休日	

提出期限 令和〇年(202〇年)〇月〇〇日(〇)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: 0 6-6 8 5 8-2 0 2 3 FAX: 0 6-6 8 4 6-6 1 7 7