

令和6年(2024年) 月 日

一般財団法人 豊中市職員厚生会事務局宛

第14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) ー (携帯) ー ー	
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6年(2024年)5月17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