

FAX 0985-39-0484

平成 年 月 日

公益財団法人 宮崎県学校給食会  
理事長 宛

住 所  
所 属  
氏 名

公益財団法人 宮崎県学校給食会 視察研修の申込書

このことについて、下記のとおりです。

記

1 研修目的

2 研修日時 平成 年 月 日 ( 曜日)  
午前・午後 時 分～午前・午後 時 分

3 使用人員 名 (自家用車 台・マイクロバス)

4 視察研修の内容

研修内容	使用時間	備考
講 話 (本会役割・食品検査・物資等)	: ~ : ※時間については、研修日 程に合わせます。	
施設見学	: ~ :	検査室・物資管理倉庫の見学 (30分程度)
その他		