

様式第1号

令和 年 月 日

昭和薬科大学附属高等学校・中学校

学校長 殿

住 所

事業者名

代表者名

担当者名

印

昼食販売申請書

昭和薬科大学附属高等学校・中学校内の昼食販売について、以下のとおり申請します。
なお、申請に当たっては、昼食販売に関する公募内容を遵守することを誓約します。

事業所又は店舗名	所在地： 名 称：
販売責任者	
電話番号	※必ず連絡がつく番号を記入すること。
メールアドレス	※メールアドレスがあれば記入すること。
販売期間	令和8年4月1日から令和9年3月31日まで（1年間） ※業務内容が良好の場合は協議の上、委託期間を延長し継続更新 できるものとする。
販売希望日 (学校の休日を除く)	■第1希望 月・火・水・木・金・土 ■第2希望 月・火・水・木・金・土 ■その他 () ※希望日へ○を記載。 ※土曜日は学校カレンダーに沿っての営業となります。
備 考	