　　　　　　　　　　　　別紙２

FAX 03-5815-7099 又はメール soumu@togakkyu.or.jp

令和４年度形態別調理実習（**７月２６日～２７日**）出席票

会社名

担当者名

連絡先

(１) 都立肢体不自由特別支援学校の調理従事者で過去にこの講習会を受けていない者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名 | 職　名  （該当を■に） | | | 氏　　名 | 本研修会過去の参加回数 | 形態食担当経験（該当を■に） |
|  | □業務責任者  □業務責任者代理  □その他 | | |  |  | □現在  □今後予定  □過去担当 |
|  | □業務責任者  □業務責任者代理□その他 | | |  |  | □現在  □今後予定  □過去担当 |
|  | □業務責任者  □業務責任者代理□その他 | | |  |  | □現在  □今後予定  □過去担当 |
|  | □業務責任者  □業務責任者代理□その他 | | |  |  | □現在  □今後予定  □過去担当 |
|  | □業務責任者  □業務責任者代理□その他 | | |  |  | □現在  □今後予定  □過去担当 |
|  | □業務責任者  □業務責任者代理□その他 | | |  |  | □現在  □今後予定  □過去担当 |
|  | □業務責任者  □業務責任者代理□その他 | | |  |  | □現在  □今後予定  □過去担当 |
| (２)都立視覚障害・聴覚障害・知的障害特別支援学校受託者のうち、受講を希望する者  **＊但し、過去にこの講習会を受けていない者** | | | | | | |
| 学　校　名 | | 職　名 | 氏　　　名 | | 本研修会過去の参加回数 | 形態食担当経験（該当に○） |
|  | |  |  | |  | ・現在・今後予定  ・過去担当 |
|  | |  |  | |  | ・現在・今後予定  ・過去担当 |
|  | |  |  | |  | ・現在・今後予定  ・過去担当 |

※ ６月30日（木）までにご提出ください。

公益財団法人東京都学校給食会

本件照会先：総務課庶務担当　川上・木下　　電話：03-3822-9391