

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

令和6年度形態別調理実習（7月29日～31日）出席票

会社名 _____

担当者名 _____

連絡先 _____

都立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を優先とする。

※3日間のうち1日受講していただきます。受講日については、全受託業者から出席票が提出されたのち、改めて**決定通知**を送付いたします。

学 校 名	職 名 (該当を■に)	氏 名	本研修会過去 の参加回数	形態食担当経験の有無 及び経験年数 (該当欄に■)
	<input type="checkbox"/> 業務責任者 <input type="checkbox"/> 業務責任者代理 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月)
	<input type="checkbox"/> 業務責任者 <input type="checkbox"/> 業務責任者代理 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月)
	<input type="checkbox"/> 業務責任者 <input type="checkbox"/> 業務責任者代理 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月)
	<input type="checkbox"/> 業務責任者 <input type="checkbox"/> 業務責任者代理 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月)
	<input type="checkbox"/> 業務責任者 <input type="checkbox"/> 業務責任者代理 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月)
	<input type="checkbox"/> 業務責任者 <input type="checkbox"/> 業務責任者代理 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月)
	<input type="checkbox"/> 業務責任者 <input type="checkbox"/> 業務責任者代理 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月)
	<input type="checkbox"/> 業務責任者 <input type="checkbox"/> 業務責任者代理 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月)
	<input type="checkbox"/> 業務責任者 <input type="checkbox"/> 業務責任者代理 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり (年 ヶ月)

※ 7月5日（金）までにご提出ください。

<本件照会先>

公益財団法人東京都学校給食会

総務課 食育推進係 電話：03-3822-9391