

令和 年 月 日

公立大学法人和歌山県立医科大学
薬学部事務室長 様

(申請者)
住 所
代表者名

弁当販売参加申込書

店 舗 名																					
所 在 地	〒																				
担当者名	職名：氏名：																				
連 絡 先	TEL：※必ず連絡がつく番号を記入してください メールアドレス：																				
販売希望日	販売日： 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 ※希望する曜日を○で囲んでください。 ※その他、特記事項があれば記入してください。 特記事項：																				
販売予定商品	販売予定商品のメニュー、値段（税込）、個数をご記入ください。 （※書き切れない場合は行を増やすか別紙として下さい。） <table border="1"><thead><tr><th>メニュー</th><th>値段（税込）</th><th>個数</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>円</td><td>個</td></tr><tr><td></td><td>円</td><td>個</td></tr><tr><td></td><td>円</td><td>個</td></tr><tr><td></td><td>円</td><td>個</td></tr><tr><td></td><td>円</td><td>個</td></tr></tbody></table>			メニュー	値段（税込）	個数		円	個		円	個		円	個		円	個		円	個
メニュー	値段（税込）	個数																			
	円	個																			
	円	個																			
	円	個																			
	円	個																			
	円	個																			
備 考	※その他、要望等ありましたら記入してください。																				