

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。)		
	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。		