

## 記入例

大崎市学校給食用物資納入者登録申請書  
(令和7・8・9年度)

令和 年 月 日

大崎市教育委員会教育長 様

所在地 〒 大崎市岩出山船場 21

商店名(会社名) 株式会社 大崎商店

代表者名 大崎 一郎

印鑑の押印を  
お忘れなく！

印

フリガナ	カブシキガイシャ オオサキシヨウテン	フリガナ	オオサキ イチロウ
商店名 (会社名)	株式会社 大崎商店	代表者名	大崎 一郎
所在地	〒989-6492 大崎市岩出山船場 21	代表者 職名	取締役社長
電話番号	0229-72-5032	FAX 番号	0229-72-4004
メールアドレス	(社用, または 担当者用) *****@abc.jp		
組織形態	<input type="checkbox"/> 個人事業主 <input checked="" type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 有限会社 <input type="checkbox"/> 財団法人 <input type="checkbox"/> 社団法人 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> その他( )		
希望する 登録区分	A ・ <input checked="" type="checkbox"/> B (複数登録可)	主な 取扱品目	野菜, 冷凍食品等
当該事業の 開始年月日	平成18年3月31日	従業員数	15人
輸送能力	保冷車 1台, 冷蔵車 台, 冷凍車 1台, 一般車両 2台		
営業用 施設概要	<input type="checkbox"/> 店舗 <input checked="" type="checkbox"/> 冷凍庫 <input checked="" type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 倉庫 <input type="checkbox"/> 加工施設 <input type="checkbox"/> その他(詳細: )		
従業員の 健康管理	<input checked="" type="checkbox"/> 健康診断(結核検診必須) <input checked="" type="checkbox"/> 検便検査 <input checked="" type="checkbox"/> その他(詳細: 年3回ノウウイルス検査)	検便検査項目 <input checked="" type="checkbox"/> 赤痢 <input checked="" type="checkbox"/> 腸チフス <input checked="" type="checkbox"/> パラチフス <input checked="" type="checkbox"/> O-157 <input checked="" type="checkbox"/> サルモネラ	
緊急時 連絡先	担当者名: 大崎 二郎 電話: 090-0000-0000 (配送時不備の際に連絡が可能なこと)		

※裏面も記入願います。

緊急時に連絡のとれる携帯番号など連絡  
先を記入

店舗等所在地（略図）

※付近の目印等を記入し，初めて訪れる人がたどり着けるように書いてください。



納入可能な施設

納入可能な学校等について，下表の「納入先」欄に○印を付けてください。（複数可）

納入先	学校・センター名	納入先	学校・センター名
<input checked="" type="radio"/>	大崎市立古川第一小学校	<input checked="" type="radio"/>	大崎市立鳴子小中学校
	大崎市立古川第二小学校	<input checked="" type="radio"/>	大崎市岩出山学校給食センター
	大崎市立古川第三小学校		大崎市田尻学校給食センター
<input checked="" type="radio"/>	大崎市立古川第四小学校		大崎市大崎南学校給食センター
	大崎市立古川第五小学校		大崎市大崎東学校給食センター
<input checked="" type="radio"/>	大崎市立古川中学校		
	大崎市立古川東中学校		
	大崎市立古川南中学校		

○印をつけた学校等からの注文を約束するものではありませんので，ご留意願います。