

令和 年 月 日

給食サービス利用申請書

社会福祉法人
階上町社会福祉協議会 殿

申込者 住 所 階上町大字
氏 名
電話番号

次により給食サービスを利用したいのでお届けいたします。

利用者 住 所 階上町大字
氏 名
生 年 月 日 年 月 日 男・女 (歳)
年 月 日 男・女 (歳)
電 話 番 号
世 帯 状 況 ひとり暮らし、高齢者夫婦世帯、その他 ()
希望利用日 水曜・金曜 / 水曜日 / 金曜日 / その他 ()

※緊急連絡先（必ず記入してください。）

氏名	続柄	電話番号／携帯電話	勤務先／電話番号