

お弁当のぐ〜 御中
TEL : 095-844-7078
FAX : 095-844-7186

給食申込書

登録番号	
------	--

保護者氏名： (子ども氏名：)

月 日 ()

食事の種類		個数
キッズ	小学生	個
	幼児	個
きざみ	(大)	個
	(中)	個
	(小)	個
合 計		個

よろしくお願いいたします。

長崎大学病院病児保育施設”にじいろ”

住所：長崎市坂本1丁目7-1

TEL・FAX：095-819-7300