長瀞町高齢者配食サービス事業受託申込書

年　　月　　日

長瀞町長　　様

申込者　住　　所

名　　称

代表者名

次のとおり長瀞町高齢者配食サービス事業受託の申込みをします。

1　事業者情報

事業者の名称			
事業者の所在地			
電話番号		FAX	
メールアドレス			
担当者の氏名			
事業開始可能年月日			

2　配食サービス情報

提供できる食事の種類 ※パンフレット等の添付可能	料金（税込）
特別食の提供 例：ペースト食、きざみ食等	□可（　　）　□不可
配食可能日	□月曜　□火曜　□水曜　□木曜　□金曜 配達不可日（　　）
配食可能時間帯	□昼食 □夕食
配食実施可能地域	□町内全域　　□町内一部地域（　　）