

# 令和元年度 都立足立高等学校定時制課程 体験授業申込書

送付先	東京都立足立高等学校			
	副校長 塚田 雅人 宛			
	FAX番号 3880-6757			
発信元	学校名 (所属校)			
	ご担当者名			
	ご連絡先(電話)			
	ふりがな 氏 名	区 分 (○で囲む)	給食試食 (希望する場合は ○を付ける)	備考
1		中学生・保護者・教職員 その他( )		
2		中学生・保護者・教職員 その他( )		
3		中学生・保護者・教職員 その他( )		
4		中学生・保護者・教職員 その他( )		
5		中学生・保護者・教職員 その他( )		
6		中学生・保護者・教職員 その他( )		
7		中学生・保護者・教職員 その他( )		
8		中学生・保護者・教職員 その他( )		
9		中学生・保護者・教職員 その他( )		
10		中学生・保護者・教職員 その他( )		

※欄が不足する場合は、用紙をコピーしてください

※給食の試食を希望される場合は、食材発注の都合のため11月29日(金)までにお申し込みください。

※給食の試食は予約制のため、当日急に欠席された場合も給食費をお支払いください。