

保健給食課

宛

<h1>廃油回収依頼書</h1>
------------------

学校名
栄養士名

提出日 \_\_\_\_\_ 年度 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<h2>回収缶数</h2>	<h2>缶</h2>
---------------	------------

**【注意事項】**

- \* 1缶当たりの廃油量は約16リットルとする（缶9分目）
- \* 廃油量が満たない缶に関しては、次回の回収に回すこと。
- \* 学期単位での回収缶数とすること。
- \* 回収の際は職員が必ず立ち合い、回収缶数を確認すること。
- \* 「廃油回収依頼書」は、学期末給食終了後5日以内に交換便で送付すること。

**【問い合わせ】**

保健給食課

電話 724-2177  
FAX 050-3161-8681