

学校給食停止届

保護者名 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____

次のとおり学校給食を連続して5日以上（土日祝祭日を除く）学校給食の停止を希望するので、届け出ます。

*児童1人につき、1枚の提出をお願いいたします。

対象となる児童	学年	年 組 番
	ふりがな	
	氏名	
給食停止期間	令和 年 月 日 () から 令和 年 月 日 () まで	
理由 (該当するものに○)	() 感染症 又は 感染症予防等のため () その他 (理由:)	

<必ずお読みください>

- 給食停止を希望する**4日前（土日祝日を除く）までに**学校へ提出してください。
- 上記停止届出期間は、学校長の判断に基づき返金又は減額調整の対象とします。

学校使用欄	学校受理日：令和 年 月 日			
	@ 2 3 1 円			
_____ 食 ×	@ 2 5 2 円 = _____ 円 (返金・減額徴収)			
	@ 2 6 7 円			
校長	副校長	学校運営員	栄養士	担任