

(児童・生徒用)

年 月 日

島 本 町 学 校 給 食 (停 止 ・ 再 開) 届

島本町教育委員会教育長 様

保 護 者 等 〒 ー

(学校給食費負担者) 住 所

氏 名

電話番号

学校給食の提供について(停止・再開)したいので、次のとおり届け出ます。

児童・生徒の氏名等 (学校給食を受ける者)		学校名	島本町立第 学校 (年 組)
		ふりがな	
		氏 名	
停止 の 場 合	停止する理由	1 傷病 2 転出・転校 3 その他 ()	
	停止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
再開 の 場 合	再 開 予 定 日	年 月 日	

【備考】・この届出書は、児童・生徒ごとに記入し、学校へ提出してください。

・届出書提出日の翌日を起算日として5日目からの学校給食費に反映します。