

# 学校給食停止申出書

筑西市教育委員会教育長 様

年 月 日

学校給食の提供を停止したいので、下記のとおり申し出ます。

申出者 (保護者等)	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒
	電話番号	(日中連絡が可能な連絡先を記入してください)

停止を希望する 児童・生徒 又は教職員等	フリガナ			
	氏名			
	学校名	<input type="checkbox"/> 小学校	学年・組等 (いずれか選択)	<input type="checkbox"/> 年 組
		<input type="checkbox"/> 中学校		<input type="checkbox"/> 教職員等
	停止期間	年 月 日 から	年 月 日	まで
	停止内容 (いずれか選択)	<input type="checkbox"/> 1. 学校給食全部の提供停止を希望する <input type="checkbox"/> 2. 牛乳のみ提供停止を希望する <input type="checkbox"/> 3. 牛乳以外の提供停止を希望する		
停止理由	<input type="checkbox"/> 1. 食物アレルギー等疾患のため <input type="checkbox"/> 2. 病気・事故等により、給食を食べない日が5日以上になるため <input type="checkbox"/> 3. その他  ( )			

## 【備考】

1. 停止を希望する日の3日前まで(休日等を除く)に提出してください
2. 食物アレルギー等疾患がある場合は、必ず学校に申し出てください