

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	学年・組等 (いずれか選択)	<input type="checkbox"/> 年 組	<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. 原本を当課で受付けてから、3日後から(休日等を除く)変更します
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

学校給食停止申出書

【記入例】

筑西市教育委員会教育長 様

令和●年 4月 14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	チクセイ タロウ	
	氏名	筑西 太郎	
	住所	〒 308-8616 筑西市丙360番地	
	電話番号	090-1111-2222 / 0296-24-2111 (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	チクセイ イチタロウ		
	氏名	筑西 一太郎		
	学校名	筑西市立 下館小学校	学年・組等 (いずれか選択)	<input checked="" type="checkbox"/> 3年1組
				<input type="checkbox"/> 教職員等
	停止期間	令和●年 4月 22日 から 年 月 日 まで		
	停止内容 (いずれか選択)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 学校給食全部の提供停止を希望す <input type="checkbox"/> 2. 給食再開日が決まっている場合は、停止期間終了 <input type="checkbox"/> 3. 日まで記載ください。		
停止理由	<input type="checkbox"/> 1. 決まっていない場合は空欄にし、 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 提供開始日に間に合うよう、「学校給食停止解除 申出書 」の提出ください。 <input type="checkbox"/> 3. (

【備考】

1. 原本を当課で受付けてから、3日後から(休日等を除く)変更します
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