

学校給食（停止・再開）届書

（あて先）吉川市教育委員会教育長

（記入日）令和 年 月 日

保護者氏名 _____

学校給食の（停止・再開）について、次のとおり申し出ます。

学校名	
学年・組	年 組
児童・生徒氏名	
停止・再開希望日	<input type="checkbox"/> 停止 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ※停止期間は最長で年度末までです。 <input type="checkbox"/> 再開 令和 年 月 日
停止・再開を希望する 学校給食の区分	<input type="checkbox"/> 全給食停止・再開 <input type="checkbox"/> 飲料のみ停止・再開（月途中の停止・再開は出来ません。） <input type="checkbox"/> 飲料を除く学校給食全て停止・再開 上記内容を変更する理由 <input type="checkbox"/> 病気・けが等による長期欠席 <input type="checkbox"/> その他学校長が認めるもの（ ）

《以下の内容をご確認ください》

※この届書は給食停止・再開を希望する場合に提出してください。

※給食を停止・再開を希望する日の前日まで（土日祝日を除く）に学校へ届書を提出してください。郵送する場合は前日までに学校必着です。遑って停止・再開することはできません。

※病気やけが等で連続して6回以上（土日祝日を除く）給食を停止する場合、届出することができます。好き嫌いによる停止は出来ません。

※兄弟姉妹で届け出る場合は個別に届出が必要です。

【学校確認欄】

受領日：令和 年 月 日 受領者： _____

給食センターへの連絡：済