

座間市中学校給食（選択式）の停止・年間申込解除申請書

令和 年 月 日

（あて先）座間市教育委員会教育長 殿

住 所 座間市 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

中 学 校 名 座間市立 \_\_\_\_\_ 中 学 校

年 組 番 号 \_\_\_\_\_ 年 組 番

生 徒 氏 名 \_\_\_\_\_

保 護 者 氏 名 \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。

※該当する方にチェックを入れ、必要箇所を御記入ください。

給食停止

停止期間	理由
年 月 日 から	入院 ・ 出席停止
年 月 日 まで	その他 ( _____ )

年間申込み解除

解除月	理由
年 月分 から	

※保護者様へ

○届出日から起算して土日祝日を除く4日目以降の給食を停止することが可能です。

○この申請書を提出する際には、事前に教育委員会学校教育課保健給食係まで御連絡ください。

☎046-252-8749

○再開希望日が未定の方はわかり次第、上記係まで御連絡をお願いいたします。