

学校給食停止・再開届

年 月 日

新城市長

児童・生徒の保護者等

住 所

氏 名

電話番号

新城市学校給食 停 止・再 開 について、次のとおり届出ます。

| | | | | |
|-----------|-----------------|--|----|---|
| 児童・生徒 | 学 校 名 | | | |
| | フリガナ | | 学年 | 組 |
| | 氏 名 | | | |
| 区 分 | 停止 再開 (いずれかに○) | | | |
| 給食再開希望日 | 年 月 日から | | | |
| 停止予定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| 停止又は再開の理由 | | | | |

<注意事項>

・この届出は、事由が発生する日の5日前（休日等を除く。）までに学校に提出してください。

・添付書類：停止又は再開の理由が分かるもの