

# 学校給食停止届

年 月 日

稲沢市立 \_\_\_\_\_ 学校長 様

年 組 番 児童・生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり欠席しますので給食を停止してください。  
記

☆欠席期間 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

理由  病気・入院のため

その他

( )

※欠食ができるのは、停止希望日の3日前(土日祝は含まない)までです。

**以下 学校処理欄**

担任申請欄	担任
上記の通り申出がありましたので、欠食の手続きをお願いします。	



食数変更担当者	係
上記欠食の食数変更を _____ 月 _____ 日 ( ) に関係先に連絡しました。	



給食実施簿作成者	係
欠食開始日 _____ 月 _____ 日 ( ) 復食予定日 _____ 月 _____ 日 ( )	



**担任(児童生徒の復帰が確定したら、復食を連絡)**

担任	係
復帰予定日 _____ 月 _____ 日 ( )	



食数変更担当者	係
上記復食の食数変更を _____ 月 _____ 日 ( ) に関係先に連絡しました。	



給食実施簿作成者	係
欠食期間 開始日 _____ 月 _____ 日 ( ) 復食日 _____ 月 _____ 日 ( )	



給食経理担当者	係
上記欠食にかかる返金の処理	

単価	回数	返金額	返金日
円	回	円	/

↓  
担任

↓  
実施簿作成者保管