学校給食　（停止・再開）願

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　糸田町立糸田中学校長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　印

**次のとおり、学校給食を　（　停止 □　・　再開 □　）　してください。**

※どちらかにチェックを入れてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  児童生徒氏名 | 性別（ 男 ・ 女 ） | 年　組  　　　　　　　番 | 生年  月日 | 平成　年　月　日生 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 電話番号： | | | |
| 電話番号： | | | |
| 停止・再開  の理由 |  | | | |
| 停止・再開  年月日 | 令和　年　月　日から学校給食を（　停止 □　・　再開 □　）  して下さい。 | | | |
| 備考 |  | | | |