

**学校給食停止届**

令和 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日前まで**です。

以下 学校処理欄

担任申請欄 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。	担任
---	----



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



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



**担任(児童生徒の復帰が確定したら、復食を連絡)**

担任 復帰予定日 月 日 ( )	係
---------------------	---



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



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



給食経理担当者 上記欠食にかかる返金の処理	係
--------------------------	---

単価	回数	返金額	返金日
円	回	円	/

担任



**実施簿作成者保管**