

## 学校給食停止・再開届

令和 **7** 年 **4** 月 **4** 日

柏市長 宛

学校給食費負担者  
(保護者など)給食費を支払う方の  
情報をご記入ください〒 **123 - 4567**住 所 **柏市柏1-2-3**フリガナ **カシワ タロウ**氏 名 **柏 太郎**連絡先 **04 - 7167 - 1**

該当する内容に○を記入してください

特別支援学級の場合は  
学級名をご記入ください学校給食の( **停止** ・再開 )をしたいので、次のとおり届け出ます。

喫食者 (児童・生徒など)	学校名	柏市立 <b>柏第一小</b> 学校	<b>1</b> 年	<b>1</b> 組
	フリガナ	<b>カシワ ハナコ</b>	未定の場合は空欄にしてください	
	氏名	<b>柏 花子</b>		
適用年月日	<b>令和7年4月10日</b> ～ 年 月 日			
届出内容	<input checked="" type="radio"/>	1	停止(学校給食を停止する場合)	
	<input type="radio"/>	2	再開(学校給食を再開する場合)	
※いずれかに○を記入してください。				
届出理由	<b>長期欠席のため</b> 停止(又は再開)理由をご記入ください 【例】①長期欠席のため ②宗教上の理由により完全停止 ③宗教上の理由により牛乳のみ(牛乳以外)停止			

※停止及び再開は、提出日の4日後(土日祝日を除く)からになります。

学校内で決裁を行う場合は、  
右のとおり決裁判を押して決裁してください

校長	教頭	栄養士