

松本市学校給食停止・解除届

年 月 日

（宛先） 松本市長

保護者氏名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

学校給食の停止・解除について下記のとおり申請します。

1 内容（該当する項目に丸印をつけてください）

給食全て停止	牛乳の停止	米飯の停止	パンの停止
給食全て停止解除	牛乳の停止解除	米飯の停止解除	パンの停止解除

2 理由

--

3 期間

_____年 月 日 から _____年 月 日 まで

4 児童生徒名

氏名		学校名	
生年月日	年 月 日	学年組	年 組
備考			

※期間が、6日未満（土日祝日を除く）の給食停止は、受付できません。

※原則、変更する6日前（土日祝日を除く）までに学校へ提出してください。

学校	担当者	受付日	学校 給食課	担当者	受付日