様式４

学校給食欠食届出書

年　　　　月　　　　日

下呂市長様

（届出者）

住　　所　　〒509-　　　　　　下呂市

氏　　名

学校給食について次のとおり欠食したいので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象となる  児童・生徒・職員 | 学校・学年・組 | 下呂市立　　　　　　　　　　　　　　　　　学校　　　　　年　　　　　組 |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 欠食届出期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　　年　　　月　　　日まで休日を除いた　　　　日分  ※連続して5日以上（休日等を除く）欠食する場合が対象となります。 | |

・届け出により停止が認められた日から学校給食を停止し減額対象とします。

・減額となる学校給食費の精算については第10期（2月）に調整します。

・この届出書は欠食開始希望日の２週間前の金曜日（休日の場合前日）までに提出して下さい。

・この届出書は、学校へ提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 学校使用欄 | 年　　月　　日、記載内容について確認し、相違ないことを認めます。  学校長名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 所長 | 栄養士 | 事務吏員 |
|  |  |  |
| 日付 | / | / | / |

※学校給食センター記入欄

以下の期間における欠食を認めます。

年　　　　　月　　　　　日　　　～　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　　日分）