

第1号様式

年 月 日

白井市立桜台小学校給食停止申請書（ 月分）

学校長 様

給食の停止を申請しますので、よろしく申し上げます。

学校名	桜台小学校
年・組・番号	年 組 番
児童氏名	
保護者氏名	印
住所	
電話番号	
給食停止期間	月 日（ ）～ 月 日（ ） 【（ ）日分】 *月が変わる毎に提出してください。
理由 (記載がない場合は、欠食は認められません。)	