

学校給食終了届

年 月 日

大山崎町長 様

住所 _____

保護者氏名 _____

電話番号 _____

生徒との続柄 _____

学校給食の終了を次のとおり希望するので、届け出ます。

フリガナ		生年月日
給食を受ける者の氏名		年 月 日
学年等		年 組 番
終了	終了する日	年 月 日
	理 由	

(注意事項)

・転出の場合は、給食費の精算通知等の送付に必要となりますので、新住所を必ずご記入ください。