

射水市学校給食停止解除申出書

年 月 日

射水市長 宛

〒

申請者(保護者) 住所

氏名

対象児童生徒との続柄

電話番号

私は、射水市学校給食非喫食者補助金交付要綱第9条の規定により、学校給食の停止の解除を次のとおり申し出ます。

対象児童生徒	フリガナ			
	氏名			
	学校名		クラス	
停止解除	年 月 日から			

【注意事項】

この申出は、停止解除の予定日の前日から起算して3日前までに学校に提出してください。