学校給食再開届

年　　月　　日

碧　南　市　長　殿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者（保護者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話（連絡先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり学校給食の再開を希望するので届け出ます。

□にチェック「レ」をしてください。

対象者（児童）	フリガナ	
	氏　名	
	現住所 （住民票所在地）	□申請者に同じ
	学校名等	碧南市立　　学校　第　　学年　　組
	再開の希望日	から　　再開 ※再開を希望する日の７日前（学校の休校日を除く）までに提出してください。

※記載例は右側 QR コードからご確認ください。