

桃の木保育園給食停止（再開）届

年 月 日

桃の木保育園 園長 宛て

〒 _____
 住 所 _____
フリガナ
 氏 名 _____
 電話番号 自宅 _____ - _____
 携帯等 _____ - _____

次のとおり保育園給食の（停止・再開）を希望するので、届け出ます。

フリガナ		生年月日
園児 氏 名		年 月 日
停止又は再 開をする日	年 月 日から 停止 ・ 再開	
理由 (いずれか に☑)	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 傷病等 <input type="checkbox"/> 傷病からの回復等 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
備考欄		