

欠食届

届出日 令和 年 月 日

千葉県立船橋夏見特別支援学校 様

欠食を希望しますので、届け出いたします。

<学部学年> _____ 部 _____ 学年

<生徒氏名・保護者印> _____ 印

<期日または期間> _____ 月 _____ 日 () _____ または
_____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日 ()

◎欠食する前の月の 20 日までに学級担任へ届けてください。

(学級担任名 _____)