

令和〇年 〇月 〇日

石巻市長 様

住 所	石巻市穀町 14-1
フリガナ	イシノマキ タロウ
氏 名	石巻 太郎
生年月日	昭和〇〇年 ●月 ●日
電話番号	0225-95-1111
園児・児童・生徒との続柄	父

令和6年度現在、通っている学校名・学年で記入してください。

下記のとおり学校等に在籍する期間、学校給食の提供を受けたいので申し込みます。

学校給食の提供を受ける 園児・児童・生徒	学 校 等 名	■■■ 幼稚園・ <u>小学校</u> ・中学校		3 年
	フリガナ	イシノマキ ハナコ		
	氏 名	石巻 花子	生 年 月 日	平成●●年 △月 △日
	住 所	石巻市穀町 14-1		
	提供開始日	令和7年 4月 日から		

注意事項

- この申込書は、学校給食の提供を希望する日
- この申込書の内容は、石巻市立の中学校を卒業後、引き続き提供されます。
対象園児・児童・生徒ごとに記入し、在籍し
- 食物アレルギー等対応を希望する場合は、別途、学校等への申請が必要です。
- 学校給食費負担者を変更する場合は、再度、この申込書を提出してください。

提供開始日は「令和7年4月から」とし、日付の記入は不要です。

承諾事項

本書をもって、石巻市及び石巻市教育委員会が有する個人情報为学校給食事業の範囲内において、相互に利用し、又は提供することを同意します。また、学校給食費に滞納が生じた場合、石巻市が該当債権の回収に必要な範囲内において、個人情報を調査・取得し、関係する組織間で共有することを了承いたします。

※園児、児童、生徒 1 人につき 1 枚ずつ提出してください。