

様式第2号

茨城県立伊奈特別支援学校長 殿

部主事	学年主任	担任

提出日 年 月 日

復 食 届 (個人用)

提出者：保護者(又は教職員)

氏名
(職氏名)

復食期間	月 日() ~ 月 日()
部・学年組・氏名	部 年 組 児童生徒 氏名
理由	
備考	

注1)長期入院等による欠食からの復食については、受理後7日後(除く土日祝日)から復食として取り扱う。

栄養教諭
受付日