

SOLICITUD DEL ALMUERZO ESCOLAR (USO SOLO PARA LOS ALUMNOS)

ALCALDE DE LA CIUDAD DE YOKKAICHI

Año mes día

Solicito el almuerzo escolar mientras los siguientes niños están inscritos en la Escuela Primaria y Secundaria de la Ciudad de Yokkaichi.

SOLICITANTE (Responsable de familia)	Furigana				Relación		
	NOMBRE						
	DIRECCIÓN	〒					
	Destino del documento	☐ Dirección de arriba	* Marque cualquiera de los 2 opciones. Si desea enviar la solicitud a otra dirección diferente a su Tarjeta de registro. Marque en opción 「otros」 e ingrese la dirección.				
		☐ Otros					
		Furigana				Relación	
		NOMBRE					
		DIRECCIÓN	〒				
	CONTACTO	Teléfono					
		E-mail					
Nome do aluno	Furigana			FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	MES	DIA
	NOMBRE						
	DIRECCIÓN	ESCUELA		☐ NUEVO 1 ER GRADO			
				☐ GRADO SECC			

- Este Formulario de Solicitud es 1 por alumno(a).
- Este Formulario de Solicitud es va lido desde la fecha de entrega hasta el perí odo durante el cual los estudiantes esta n inscritos en las Escuelas Primarias y Secundarias de la Ciudad de Yokkaichi.
- Si tiene alguna alergia alimentaria,asegúrese de consultar con la escuela.
- Al enviar documentos relacionados con el almuerzo escolar (AVISO DE DECISION DE ALMUERZO ESCOLAR · COMPROBANTE DE PAGO · RECORDATORIO etc...) en principio,se enviará a la dirección de su Tarjeta de residente del Responsable de Familia a la misma dirección del alumno(a).
- Si desea que se le enví e a otra dirección distinta que la de su Tarjeta de residente,por favor escriba en DESTINO DEL DOCUMENTO en la parte de arriba.
- Con este formulario, doy mi consentimiento para que la ciudad de Yokkaichi y el Consejo de Educación de Yokkaichi proporcionen mi información personal (ayuda económica escolar, etc.) dentro del ámbito del programa del almuerzo escolar, a la división encargada del almuerzo escolar de la ciudad de Yokkaichi. Además, en caso de que surjan atrasos en el pago de los costos del almuerzo, doy mi consentimiento para que se investigue mi información personal dentro del alcance necesario para la recuperación de dicha deuda, y para que esta información se comparta entre las organizaciones involucradas. También acepto que los empleados de la ciudad de Yokkaichi realicen investigaciones, llamen por teléfono o visiten mi domicilio y lugar de trabajo, verifiquen mis salarios en mi lugar de trabajo, investiguen mis bienes en bancos, y realicen procedimientos de embargo u otras acciones para el cobro de la deuda.

Si va a realizar la solicitud online, por favor acceda mediante el código QR de la derecha.



Para conocer las instrucciones sobre cómo realizar la solicitud online, consulte el código QR de la derecha.



* Para consultas relacionadas con la solicitud online, comuníquese con la Oficina de Educación Escolar, Departamento de Salud y Almuerzo Escolar TEL 059-354-8252.

(学校記入欄) (Espacio reservado para la escuela)	喫食開始日	年 月 日	*年度当初から喫食する場合は不要です。
--	-------	-------	---------------------