

NORTHWEST NUTRITION SERVICE DAILY MEALCOUNT FORM

Received: _____

姓名 (正楷): _____ 簽名: _____ 帳戶#: _____ 電話#: _____ 索償月份: _____ 年份: _____

郵寄 P.O. Box 68365 Milwaukie, Oregon 97268 (503) 653-7626 ext. 113 or 或傳真: (503) 653-1484 or 或電郵: : information@nwnutritionsservice.com.

本人保證所提交的資料全面準確, 本人明白提供這些資料是由於收到聯邦基金, 故意作出不實陳述會導致州或聯邦起訴

"X"非上學日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Office Use Only	
名/姓:	B																																	B
	L																																	L
	D																																	D
牛奶提供	AM																																AM	
年齡:	PM																																PM	
如果是亲戚:	<input type="checkbox"/> LS																																LS	
名/姓:	B																																B	
	L																																L	
	D																																D	
牛奶提供	AM																																AM	
年齡:	PM																																PM	
如果是亲戚:	<input type="checkbox"/> LS																																LS	
名/姓:	B																																B	
	L																																L	
	D																																D	
牛奶提供	AM																																AM	
年齡:	PM																																PM	
如果是亲戚:	<input type="checkbox"/> LS																																LS	
名/姓:	B																																B	
	L																																L	
	D																																D	
牛奶提供	AM																																AM	
年齡:	PM																																PM	
如果是亲戚:	<input type="checkbox"/> LS																																LS	
名/姓:	B																																B	
	L																																L	
	D																																D	
牛奶提供	AM																																AM	
年齡:	PM																																PM	
如果是亲戚:	<input type="checkbox"/> LS																																LS	

Monitor _____ Date: _____

该机构是平等机会提供者

WM=Whole Milk, FF=Fat Free, 1%=1% Milk

