

(様式1)

令和 年 月 日

うるま市立学校給食センター所長様

うるま市立 学校校長 印

下記のとおり保護者から申請がありましたので、対応をお願いします。

記

食物アレルギーによる牛乳除去申請書（新規・継続）

令和 年 月 日

うるま市立 学校校長様

保護者氏名 印

食物アレルギーによる牛乳除去について、下記のとおり申請します。

記

(保護者記載欄)

(ふりがな) 児童・生徒 氏名			年 組	生年 月日	平成 年 月 日生
	(男・女)				
住 所	〒			電話 番号	
緊 急 連絡先	(ふりがな) 氏 名	(続柄) ()		電話 番号	
	(ふりがな) 氏 名	(続柄) ()		電話 番号	
アレルギー かかりつけ医	病 院 名			電話 番号	
	主 治 医 名				
	診 療 科				
牛乳除去を希望します。					
その他					

学 校 決 裁	校 長	教 頭	給食主任	養護教諭	学級担任	給食会計

※学校は決裁後、写しに公印を押印し給食センターへ送付(原本は学校保管)。かがみ不要。

給 セ 決 裁	所 長	給食係長	給食会計	センター長	栄養士	起案	年	月	日
						決裁	年	月	日
						施行	年	月	日