

多賀城市学校給食食物アレルギー対応解除申請書

令和 年 月 日

多賀城市立 学校長 様

保護者氏名

次のとおり、給食対応の必要がなくなったため申請します。

(ふりがな) 児童・生徒 氏 名	() 生年月日	平成 ・ 令和 ()	年 ()	月 ()	日 ()
学校名	多賀城市立 学校 年 組 番				
住 所	多賀城市				
緊急時 連絡先	(日中つながる連絡先を必ず記入してください) 電話 (携帯電話でも可) : (続柄 :)				

※現在の対応内容と、今回解除を希望する項目すべてに○印をつけてください。

現在の対応内容	
	詳細な献立表配布
	給食全停止
	牛乳停止
	パン停止
	米飯停止
	おかず停止

解除を希望する項目	
	詳細な献立表配布
	給食全停止
	牛乳停止
	パン停止
	米飯停止
	おかず停止

備考	
----	--

以下は、学校記入欄となるため記入不要です

学校記入欄			
上記内容につきましては適当であると判断しましたので、学校給食における食物アレルギー対応の解除を申請します。			
多賀城市教育委員会教育長 様			
令和	年	月	日
多賀城市立			学校
校長			