

様式第7号 ※解除の際に随時提出が必要（保護者が記入）

多賀城市学校給食対応解除申請書（食物アレルギー以外）

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： ）					

※今回解除を希望する項目と今後対応を希望する項目すべてに○印をつけてください。

解除を希望する項目		対応を希望する項目	
<input type="checkbox"/>	飲用牛乳停止	<input type="checkbox"/>	飲用牛乳停止
<input type="checkbox"/>	給食全停止	<input type="checkbox"/>	給食全停止
<input type="checkbox"/>	パン停止	<input type="checkbox"/>	パン停止
<input type="checkbox"/>	米飯停止	<input type="checkbox"/>	米飯停止
<input type="checkbox"/>	おかず停止	<input type="checkbox"/>	おかず停止
特記事項			

..... 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