

乳糖不耐症による除去等対応実施申請書(新規用・継続用・中止用)

年 月 日

大和郡山市学校給食食物アレルギー対応委員会委員長 殿

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

学校給食での乳糖不耐症による除去等対応について、 新規 ・ 継続 ・ 中止 で申請します。

記

(ふりがな) 児童生徒氏名		生年月日	年 月 日
在籍校名	小学校 中学校	年 組	年 組
対応校名	小学校 中学校		
(ふりがな) 保護者氏名		電話番号	
住 所	〒	FAX番号	

添付書類

医師の診断書等