

学 校 給 食 飲 用 牛 乳 除 去 申 請 書

提出日 令和 年 月 日

学校長 様

保護者氏名 _____ 印

●学校給食における飲用牛乳の除去を申請します。

ふりがな 児童生徒 氏 名		生年月日	平成 年 月 日
性 別	男 ・ 女	年 組	年 組
住 所	〒 Tel () -		
診 断 名	・ 乳糖不耐症 ・ その他 ()		
症 状	・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ じんましん ・ 喘息発作 ・ その他 ()		
医療機関名			
医 師 名	印		
記 載 日	年 月 日		

受付年月日	校 長	教 頭	保健主事	養護教諭	給食主任	受付者
年 月 日						