

飲用牛乳等除去解除申請書

学 校 名	小学校・中学校
学年・組・番	年 組 番
児童・生徒名	_____ 男・女
医療機関名 所在地 電 話	受診科： 医師名：
医師の指示内容	

※記入もれや印もれがあった場合は、保護者にご記入いただき、再提出いただきます。

上記のとおり、飲用牛乳等の除去が必要なくなったため申請します。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印 _____

確 認 欄	受付日	平成 年 月 日				担 任	給 食 担 当	栄 養 教 諭	栄 養 士
	校 長	教 頭	養 護 教 諭						

※受入校は調理場へ連絡してください。