

飲用牛乳除去解除申請書

※保護者が記入

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、再提出いただきます。

上記のとおり、飲用牛乳の除去が必要なくなったため申請します。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

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

※受入校は調理場へ連絡してください（申請書は学校保管）。