飲用牛乳等除去申請書

学　校　名 学年・組・番 児童・生徒名	小学校・中学校 年　　組　　番 男・女
診断理由等	□牛乳による食物アレルギーのため □乳糖不耐症のため □その他（　　）
医療機関名 所　在　地 電　　話	受診科： 医師名：
医師の指示内容	
その他特記事項 （飲用した場合の症状など）	

※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、飲用牛乳等除去の申請をします。

平成　　年　　月　　日

保護者氏名　　印

確認欄	受付日　平成　年　月　日											
	校長		教頭		養護教諭		担任		栄養教諭 栄養士 給食担当			

※受入校は調理場へ連絡してください。