

乳糖不耐症による除去等対応実施申請書

令和 年 月 日

五條市教育委員会 教育長 殿
 学校長 殿

保護者氏名 _____

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

記

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

※添付書類 医師の診断書等

※毎年度提出してください。

※学校(コピー保管) → 給食センター(原本保管)