

学校給食食物アレルギー対応解除届

学 校 名	海老名市立	学校
学年・組	年	組
児童生徒氏名	男 ・ 女	
解除内容	あてはまる箇所に <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応の必要がなくなったため解除します。 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー自体は残るが、自己管理が可能な状態になったため対応を解除します。	
医療機関名	【保護者記入】	
医 師 名		

これらのとおり、医師と相談の上、解除の届け出をいたします。

年 月 日

保護者氏名 _____

【 確 認 欄 】

受付日		年	月	日								
校 長												
	教 頭		教 務 担 当		養 護 教 諭		担 任			食 給 栄 栄 育 食 養 担 担 当 当 士 諭		