

食物アレルギー等給食対応 解除届

令和 年 月 日

各務原市立 _____ 学校長 様

保護者氏名 _____ 印

食物アレルギーが改善されましたので、下記のとおり食物アレルギー給食対応の解除をお願いします。

記

(ふりがな) 児童生徒氏名	性別 (男・女)	年 組
解除希望日	令和 年 月 日 より	