

様式第6号

年 月 日

茨城町立 学校長（園長）宛

児童生徒氏名
学 年 ・ 組
保 護 者 氏 名

食物アレルギー対応確認書

月分、食物アレルギー対応については、「詳細な献立表」を確認しましたので、別紙のとおり希望します。

※食物アレルギー児童生徒個別支援プラン決定後、「詳細な献立表」をもとに、毎月、食物アレルギー対応食（除去食）の確認をおこなう。

受付年月日

校 長	教 頭	給食主任	養護教諭	学年主任	学級担任