

様式第7号

年 月 日

茨城町立 学校長（園長）宛

保護者住所  
保護者氏名

### 食物アレルギー対応変更・解除申請書

学校給食における食物アレルギー対応について、医師の診断・指示に基づき、変更・解除していただきたく申請します。

記

学校名（園名）	
学年組（クラス名）	
児童生徒名	

医療機関名等

※医師からの指示があった日

受診医療機関名

受 診 日                      年 月 日