

令和 年 月 日

保 護 者 様

和泉市立

校長

印

食物アレルギー除去食・給食停止 実施決定について（通知）

この度申請のありました食物アレルギー除去食・給食停止について、下記のとおり決定しましたので、お知らせいたします。

記

児童・生徒名		年 組	年 組
--------	--	-----	-----

対応開始日	年 月 日
対応内容	<input type="checkbox"/> 除去食の対応 《 <input type="checkbox"/> 卵類 ・ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 》 <input type="checkbox"/> 給食の停止（弁当持参） <input type="checkbox"/> 給食の一部停止 <input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> おかず全部停止 <input type="checkbox"/> おかず一部停止 <input type="checkbox"/> その他()
その他	