

(提出日: 年 月 日)

食物アレルギー対応食提供 解除届

豊中市教育長 あて

(フリガナ)
保護者名

標記の事について、下記のとおり届けます。

記

| | | | |
|---------------------------------|----|------|-----|
| 学校名 | 学校 | 学年・組 | 年 組 |
| (フリガナ) 名前 | | | |
| 年 月 日 より 食物アレルギー対応食提供の解除を希望します。 | | | |
| 解除の理由 | | | |

※解除日については、給食調理場の実施対応可能な日からとなります。

保護者→学校（コピーを学校保管）→教育委員会（原本保管）

※卒業後は教育委員会に取りまとめ、豊中市個人情報保護条例に基づき適切に処分いたします