

様式第3号（第7条関係）

佐久市学校給食アレルギー対応食提供事業実施申請書

年 月 日

佐久市教育委員会

保護者氏名

㊟

佐久市学校給食アレルギー対応食提供事業の実施を次のとおり申請します。

児童・生徒氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日 ( 歳) 男・女
学校名 学年・組	学校 年 組		学級 担任
住所	〒 佐久市	自宅電話	
		FAX 番号	
		携帯電話	
緊急時 連絡先	自宅以外の場合 勤務先 電話 ( )		
かかりつけの病院名又は医院名	電話	担当医師名	

※本申請書の内容は、アレルギー対応食提供事業の目的以外は使用しません。