

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

（申請先）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)
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 診療所名	電 話	主治医 氏 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。