

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。