令和　　年　　月　　日

**様式２の①**

橋本市学校給食センター長

橋本市立　　　　　　学校

印

校長

副申書

下記の児童（生徒）について、医師の診断に基づき食物アレルギー（乳）のため牛乳停止のご配慮をお願いいたします。

記

１、児童（生徒）名

２、生年月日　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

３、学年・組　　　　　　 　　第　　　　学年　　　　組

４、病名　　　　　　　　　 　　食物アレルギー（乳）・　乳糖不耐症

5、添付書類　　　 　　　　アレルギーの場合、学校生活管理指導表（コピー）

乳糖不耐症等の場合、医師の診断書（コピー）

６、期間　　　　　　　　　　　令和　５年　４月　１日～令和　６　年　３月　３１日

以上

**様式２の①の２**

令和　　年　　月　　日

橋本市学校給食センター長

橋本市立　　　　　　学校

校長

印

副申書

下記の児童（生徒）について、医師の診断に基づき食物アレルギー（乳）の代替食（部分対応）として豆乳の提供をお願いいたします。

記

１、児童（生徒）名

２、生年月日　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

３、学年・組　　　　　　 　　第　　　　学年　　　　組

４、病名　　　　　　　　　 　　食物アレルギー（乳）

5、添付書類　　　 　　　　学校生活管理指導表（コピー）

６、期間　　　　　　　　　　　令和　５年　４月　１日～令和　６　年　３月　３１日

以上

**様式２の②**

令和　　年　　月　　日

橋本市学校給食センター長

橋本市立　　 　 　学校

印

校長

副申書

下記の児童（生徒）について、医師の診断に基づき食物アレルギー（　　　）のためパン停止のご配慮をお願いいたします。

記

１、児童（生徒）名

２、生年月日　　　　　　平成　　年　　月　　日

３、学年・組　　　 　　　第　　学年　　組

４、病名　　　　　 　　　食物アレルギー（　　　）

5、添付書類　　　 　　　学校生活管理指導表（コピー）

６、期間　　　　　　　　　　　令和　５年　４月　１日～令和　６　年　３月　３１日

以上

令和　　年　　月　　日

**様式２の②の２**

橋本市学校給食センター長

橋本市立　 　　　学校

印

校長

副申書

下記の児童（生徒）について、医師の診断に基づき食物アレルギー（　　　）の代替食（部分対応）として米粉パンの提供をお願いいたします。

記

１、児童（生徒）名

２、生年月日　　　　　　平成　　年　　月　　日

３、学年・組　　　　　　第　　学年　　組

４、病名　　　　　 　　　食物アレルギー（　　　）

5、添付書類　　　 　　　学校生活管理指導表（コピー）

６、期間　　　　　　　　　　　令和　５年　４月　１日～令和　６　年　３月　３１日

以上

**様式２の③**

令和　　年　　月　　日

橋本市学校給食センター長

橋本市立 　　　　学校

印

校長

副申書

下記の児童（生徒）について、医師の診断に基づきアレルギーのため完全給食停止のご配慮をお願いいたします。

記

１、児童（生徒）名

２、生年月日　　　　　　平成　　年　　月　　日

３、学年・組　　　　　　第　　学年　　組

４、病名　　　　　 　　　食物アレルギー（　　　）

5、添付書類　　　 　　　学校生活管理指導表（コピー）

６、期間　　　　　　　　　　　令和　５年　４月　１日～令和　６　年　３月　３１日

以上

**様式２の④**

令和　　年　　月　　日

橋本市学校給食センター長

橋本市立　 　　　学校

印

校長

副申書

下記の児童（生徒）について、　　アレルギーのため　　　　　　　　　　を停止していましたが、保護者から申請がありましたので、停止の解除をお願いいたします。

記

１、児童（生徒）名

２、生年月日　　　　　　平成　　年　　月　　日

３、学年・組　　　　　　　第　　学年　　組

４、解除開始日　　　　令和　　年　　月　　日

以上

　　　 　　　　学校長

**様式２の⑤**

解除依頼書

医師の診断に基づき、（牛乳停止・パン停止・完全給食停止・豆乳変更・米粉パン変更）を行っていましたが、症状に改善があり、医師と保護者で相談した結果、停止の解除が可能となりました。

（牛乳停止・パン停止・完全給食停止・豆乳変更・米粉パン変更）の解除をお願いします。

学年・クラス　 　 　　　　年　　　 　　組

児童（生徒）名

保護者氏名

令和　　 　年　 　　月　 　 　日

**様式２の⑥**

記　入　例

　〇〇小　学校長

解除依頼書

該当するものに〇を付けてください

医師の診断に基づき、（牛乳停止・パン停止・完全給食停止・豆乳変更・米粉パン変更）を行っていましたが、症状に改善があり、医師と保護者で相談した結果、停止の解除が可能となりました。

（牛乳停止・パン停止・完全給食停止・豆乳変更・米粉パン変更）の解除をお願いします。

学年・クラス　　 　　１　年　 　Ａ　組

児童（生徒）名　 　橋本　花子

押印をお願いします

保護者氏名　　 橋本　太郎

令和　 ４　年　 ５　月　　 １０ 日

依頼書へ記入した日付をお書きください。

※停止の解除が実際に行われるのは、学校を通して給食センターへの申込があった日から２日後ですので、ご了承ください。