

(様式2-2)

学校給食の対応指示書

久喜市教育委員会教育長 へ

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

連絡先 _____

学校給食を実施する際、下記の対応が必要ですので、指示します。

記

学校名	年組	年	組
(ふりがな) 児童生徒氏名			
対応			
理由			

※食物アレルギー・アナフィラキシー等による場合には「(様式2) 学校生活管理指導表」を使用すること