アレルギーによる学校給食欠食に係る証明書

　　　　　　　年　　　月　　　日

東庄町教育委員会教育長　様

　　　　　　　　　　　　（証明者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名

下記の、児童・生徒はアレルギーのため学校給食を欠食していることを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者 | 住　所 | 千葉県香取郡東庄町 |
| 氏　名 |  |
| 児童・生徒　氏　名 |  |
| アレルギ｜による欠食状況 | 月　分 | 欠食日数 | 備　考 |
| 　　年 ４月分 | 日 |  |
| 年 ５月分 | 日 |  |
| 年 ６月分 | 日 |  |
| 年 ７月分 | 日 |  |
| 年 ９月分 | 日 |  |
| 年10月分 | 日 |  |
| 年11月分 | 日 |  |
| 年12月分 | 日 |  |
| 年 １月分 | 日 |  |
| 年 ２月分 | 日 |  |
| 年 ３月分 | 日 |  |
| 合計 | 日 |  |

※欠食日数は、登校日数の内、給食を欠食した日数を記入してください。