

※必要事項を記入の上、9月17日(木)までに必ず学校に提出してください

※献立表を全て確認のうえ、該当するものに○印をつけてください

(配合割合一覧表も確認ください)

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 枚 | 方 | 市 | 教 | 育 | 委 | 員 | 会 |
| 枚 | 方 | 市 | 学 | 校 | 給 | 食 | 会 |

|     |     |     |         |
|-----|-----|-----|---------|
| 小学校 | 年 組 | なまえ | 保護者確認氏名 |
|-----|-----|-----|---------|

今月は、除去食・欠食が

あります ・ ありません

アレルギー原因食物(アレルゲン)をご記入ください

[illegible]