

## 飲用牛乳辞退届

年 月 日

学校名	小学校・中学校
年 組	年 組
児童生徒名	
診断理由	<input type="checkbox"/> 牛乳による食物アレルギーのため <small>※医療機関にて記入してもらうこと</small> <input type="checkbox"/> 乳糖不耐症のため <input type="checkbox"/> その他（診断名 _____）
医療機関 所在地 医師名 電話	<small>※医療機関にて記入してもらうこと</small>
その他特記事項	

上記届出により、牛乳代金について、下記のとおりお願いいたします。

飲用牛乳代金の返金の辞退します

飲用牛乳代金の返金を希望します

なお、返金にあたり、下記の要件に同意いたします。

- ・学校給食費の納入に滞りがないこと。
- ・返金は、金融機関への振込みとなった場合、保護者が手数料を負担すること。

保護者氏名 \_\_\_\_\_（上記児童生徒との関係）\_\_\_\_\_

連絡先の電話番号 \_\_\_\_\_（自宅・勤務先・携帯電話）