

食物除去解除申請書

平成 年 月 日

園児名 _____ (男・女)

本児は食物アレルギーのため除去していた

(食物名 _____)

に関して、医師の指導の下、これまでに複数
回食べて症状が誘発されていないので、園に
おける除去食解除をお願いします。

【病院名 _____】

【担当医 _____】

保護者名 _____ 印