

食物除去解除申請書

平成 年 月 日

組

園児名

本児は指示書で除去していた(食物名:

)に関して、

医師の指導のもと、これまでに複数回食べべて症状が誘発されていないので、園における
完全解除をお願いします。

保護者氏名

印