

食物除去解除申請書

令和 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。

病院名

担当医

印

保護者氏名

印