

除 去 食 解 除 連 絡 票

_____ 園長様

記入日 令和 年 月 日

組 名 _____

園児名 _____

保護者名 _____

下記の食品について除去を申請していましたが、

令和 年 月 日 の受診により、家庭での除去食療法

の必要が無くなりました。

解除になった食品については、家庭でも摂食し異常の無いことを認めましたので、園での除去食解除をお願い致します。

除去が解除になった食品（○をつけてください）

- ・ 卵
- ・ 牛乳
- ・ 大豆
- ・ その他 _____