

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 _____