

食物アレルギーによる食品除去の解除届

園児名	
生年月日	年 月 日

保育園給食における以下の通り、アレルギー食品の除去を解除します。

食品名 _____

解除年月日 _____ 年 月 日

記入日 年 月 日

医療機関名

電話番号

医師名

印