

(西暦) 年 月 日

除去食解除申請書

東京都認証保育所
ソラスト 御中

本児は、食物アレルギー除去指示書の通り除去していた

食品名()

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ため、保育園における解除を

お願いします。

保護者名

印

児童名

生年月日 (西暦)

年

月

日生