

平成 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とおり除去していた
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 平成 年 月 日生