

除去解除申請書

年 月 日

施設長 様

ふりがな
児童氏名：

本児童は生活管理指導表で食物アレルギーを理由に除去していた
(食物名：)
に関して、かかりつけ医の指導のもと、これまでに複数回食べても症状が誘発されず、かかりつけ医から施設における除去解除指示があったため、施設における除去解除をお願いいたします。

保護者氏名 (自署)：