

除去食解除連絡票

保育園園長 様

記入日 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、

_____年 _____月 _____日の受診により、家庭での除去食療法の必要がなくなりました。

解除になった食品については、家庭でも摂食し異常のないことを確認しましたので、保育園での除去食解除をお願いします。

除去が解除になった食品 (丸をつけてください)

- ・ 卵
- ・ 牛乳
- ・ 大豆
- ・ その他 _____