

保育所給食除去食解除願

記入日： 年 月 日

保育所名	保育所	クラス名	組	保護者名
ふりがな 児童名			歳	年 月 日生
除去をしていた食品				
<p>医師からの指導の下、これまでに複数回食べても症状が誘発がされていないので、 保育所における除去食の完全解除をお願いします。</p> <p>医療機関受診年月日： 年 月 日</p> <p>受診医療機関名：</p>				

受領日