

アレルギー除去食解除願い

年 月 日

クラス: _____ ぐみ

園児名: _____ 年 月 日生まれ

医療機関名: _____

担当医師名: _____ (印)

_____年 _____月 _____日よりアレルギー除去食を指示してきましたが、アレルギーが改善されてきましたので、下記の除去食を解除いたします。

解除食品名	
特記事項	

園長印		副主任印		調理印		担任印		保健印	
-----	--	------	--	-----	--	-----	--	-----	--

ハレルヤ保育園