

届出日 年 月 日

食物アレルギー除去食品の解除申出書

(施設名) _____ 様

児童氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ か月)

保護者氏名 _____

1 施設で対応している食物アレルギーの除去食品

(食品名 _____) が、

医師の指示により解除となり、これまで複数回摂取しても症状が誘発されなかったため、施設における完全解除をお願いします。

2 指示のあった医療機関名・医師名

医療機関名：

医師名：

.....

施設記入欄

1 届出受理日 年 月 日

2 解除対応日 年 月 日 (保護者・施設担当者で確認し決定する)