

食物アレルギー対応に関する解除申請書

小学校長 様

この度、食物アレルギーの対応解除の診断を受けました。今後、下記の食物については、学校内での対応の必要がなくなりましたので完全解除の申請をいたします。

学校名	学校	年 組
児童生徒氏名		
解除申請日	年	月 日
解除の食品名		
診断を受けた 医療機関名	[医療機関名] [医 師 名] [診 断 日] 令和 年 月 日	
解除開始希望日	平成 年 月 日より	

保護者 氏名 _____ 印

上記の内容について承諾しました。

年 月 日

小学校長 (校長名) 職印

【学校記載欄】

解除開始日 平成 年 月 日

その他特記事項

※保護者からの解除申請のコピー（原本は学校保管）に、小学校長の承諾印を押して、保護者に渡す。