

令和 年度 食物アレルギー対応 除去解除申請書

令和 年 月 日

学校長 様

保護者氏名 _____

学校名			
(ふりがな) 児童生徒氏名		学年・組	年 組

本児童生徒は学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）により除去していた

（食品名： _____ ）

について、医師の指導のもと、これまでに複数回摂取して症状が誘発されていませんので、学校給食における除去解除をお願いします。

指導を受けた日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

指導を受けた医療機関名： _____

学校受付印

学校長	教頭	給食主任	養護教諭	担任

学校で押印後、コピーを学校給食センターへ送ってください。

受付印

所長	市職員	栄養士