

## 食物アレルギー対応解除申出書

狛江市立 学校長 様

年 組 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日をもって、食物アレルギー対応の解除を申し出ます。

( ) ▶全解除

( ) ▶一部解除 食品名 \_\_\_\_\_

解除と診断された日・医療機関名

年 月 日 医療機関名 \_\_\_\_\_

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印