

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