

## 除去食解除連絡票

鳥取第四幼稚園長様

記入日 令和 年 月 日

組名 \_\_\_\_\_

園児名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

下記の食品について除去を申請していましたが、

令和 年 月 日 医療機関名 \_\_\_\_\_ での受診により、  
家庭での除去食療法の必要がなくなりました。

解除になった食品については、家庭でも摂食し異常の無いことを認めましたので、園での除去食解除をお願い致します。

除去が解除になった食品（○をつけてください）

- ・ 卵
- ・ 牛乳
- ・ 大豆
- ・ その他 \_\_\_\_\_