

平成 年 月 日

中川小桜愛児園 殿

\*給食、アレルギー対応（除去）の解除申請

児童氏名

保護者氏名

平成 年 月 日、医療機関（ ）で食物アレルギーについて  
検査を受けたところ、医師からの意見で今後の食物除去について次のとおりご連絡致します。

(下記のいずれかに○、又は記入をして下さい。)

- (1) 本日現在まで申請してある除去食はすべて解除して下さい。
- (2) 申請してある次の食物についてのみ解除して下さい。  
( )  
( )  
( )
- (3) その他の連絡事項 (必要な場合のみ記入)