

給食食物アレルギー除去食解除願い書

平成 年 月 日

天宗瓜破東園 様

保護者署名

印

<b>園児氏名・生年月日</b>	平成 年 月 日
<b>受診医療機関名</b>	
<b>解除内容</b> (除去解除は、必ず家庭で数回試してから記入してください)	