

除去食解除連絡票

記入日 年 月 日

社会福祉法人 高月会
おおとり保育園 園長 様

組 園児名

保護者名

印

下記の食品について除去を申請しておりましたが、

年 月 日

医療機関 における 担当医師 の診断により、

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な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に○印で囲んでください。

- ・ 卵
- ・ 牛乳
- ・ 大豆
- ・ その他 ()