

アレルギー除去食解除願い

貴園の _____ さんは、

平成 年 月よりアレルギー除去食を指示してきましたが、
アレルギーが改善されてきており除去食を解除致します。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

高井戸保育園 園長 寺本 久美子 殿

保育園使用欄込

クラス	組	生年月日					
アレルギー除去食開始		入園年月日					
アレルギー除去食終了		栄養士		看護師		会計	