

学校給食食物アレルギー対応解除申請書

学校名	学校		
学年・組	年	組	
児童氏名			
食物アレルギー の対応食品	☐ 卵	☐ 乳	☐ えび
医師の指示内容			
診断を受けた 医療機関	医療機関名： _____ 受診科： _____ 所 在 地： _____ 医師名： _____ 電 話 番 号： _____		

上記のとおり、食物アレルギー対応の必要がなくなったため解除申請をします。

年 月 日

保護者氏名 _____

【確認欄】学校受付日 年 月 日

学校			
校 長	教 頭	栄養教諭等	養護教諭