

アレルギー除去食解除願い

_____は、

平成
令和 年 月よりアレルギー除去食の提供を受けてきましたが、_____

アレルギーが改善されてきており除去食提供の解除をお願い致します。

令和 年 月 日

いちご保育園 園長 殿

保護者名 _____ 印

※保育園使用欄※

クラス		生年月日	平成 令和 年 月 日
アレルギー除去食開始	平成 令和 年 月 日	入園年月日	平成 令和 年 月 日
アレルギー除去食終了	令和 年 月 日	園長	栄養士 看護師