

御南認定こども園 園長様

## 除去食解除連絡票

記入日 年 月 日

組名 \_\_\_\_\_

園児名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

下記の食品について除去を申請していましたが、

年 月 日 医療機関名 \_\_\_\_\_ での受診

により、園での除去の必要が無くなりました。

解除になった食品については、家庭でも摂食し異常の無いことを認めましたの

で、園での除去の解除をお願い致します。

除去が解除になった食品（○をつけてください）

- ・卵
- ・牛乳
- ・大豆
- ・その他 \_\_\_\_\_