除去食品解除申請書

提出年月日　平成　　年　　月　　日

クラス　　名前

除去食物名（　　）

医師による指示の下、家庭において当該食品を十分摂取し、かつ症状が
出ないことを確認した為、除去食品の解除を申請致します。

解除年月日　平成　　年　　月　　日

保護者氏名　　印

受取者氏名