

# 除 去 食 依 頼 書

下記の園児はアレルギー疾患があり、家庭で除去食療法を行っています。認定こども園での集団生活においても可能な限り除去食を継続していただきたいのでよろしくお願いいたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

認定こども園 鳥取第二幼稚園 園長様

園 児 名 \_\_\_\_\_

保 護 者 名 \_\_\_\_\_ 印

※太枠内は保護者が記入してください。

\* 病 名 \_\_\_\_\_ 食物アレルギー

\* 除去すべき食品 (該当するものに丸をつけてください)

卵

牛乳

大豆

その他のものがあれば具体的に記載してください

\_\_\_\_\_

\* 期 間 (該当するものに丸をつけてください)

今後 ( 3 か月 ・ 6 か月 ・ 9 か月 ・ 12 か月 ) まで  
はこのとおりです。

\* 医療機関および医師名

\_\_\_\_\_