

食物アレルギー対応解除申請書

学校長あて

届出日: 令和 年 月 日

小学校

年 組

児童氏名

保護者氏名

令和 年 月 日 主治医に受診したところ、本児童生徒等は
学校生活管理指導表により除去していた(食品名:)について、
これまでに複数回摂取して症状が誘発されていませんので、学校給食における除去解除を
お願いします。

医療機関名

(主治医:)

所在地

電話番号

* 上述内容について、医師（主治医）に問い合わせをさせていただくこともあります。
ご了承ください。右記にチェックしてください。

☐ 了承しました

以下、学校記入欄

< 確認日 > 月 日 ()

< 確認方法 > ☐ 面談 ☐ 電話 ☐ その他()

< 確認内容 >

確認者