

除去食 依頼書

こども園 様 令和 年 月 日

氏名 _____ (生年月日：平成・令和 年 月 日)

下記の食物にアレルギーがあります。
ついては、おやつ・給食は除去食をお願いします。

食物名 : 卵白・卵黄・牛乳・大豆・小麦 (その他)

保護者名 印

医 師 の 証 明

令和 年 月 日

検査・診察の結果、上記の食物についてアレルギーがありますので
除去食が必要であることを証明します。

次回の検査は 月後になります。

病院名

所在地

医師名

印