

提出日 平成 年 月 日

泉田こども園 園長様

除去食解除申請書

園児氏名		男・女	生年月日	年 月 日
受診医療機関 及び担当医名				
解除内容				
※除去解除は、必ずご家庭で試してからご記入ください。				

以上、除去食の解除を申請致します。

保護者氏名

㊞