

提出日 平成 年 月 日

泉田こども園 園長様

除去食依頼書

保護者氏名				
園児氏名		男・女	生年月日	年 月 日
除去食を必要とした病名:				
具体的な症状:				
除去食を開始する日: 年 月 日から				
◇除去を必要とする食品(特定原材料7品目)				
鶏卵 (要 ・ 不要)		かに (要 ・ 不要)		
小麦 (要 ・ 不要)		そば (要 ・ 不要)		
乳 (要 ・ 不要)		落花生 (要 ・ 不要)		
えび (要 ・ 不要)				
その他の食品で除去するもの				
再診時期(例:2歳になってから再診予定)				
備 考				

年 月 日

病院名
担当医名
電話番号

