

アレルギー除去解除届

児童氏名：

児童生年年月日： 年 月 日 歳 ヶ月 性別 男・女

児童住所：

除去を解除する食材

--

上記のとおり、解除することを認めます。

令和 年 月 日

住 所：

電話番号：

病院名：

医師名：

印