

除去申請書

年 月 日

社会福祉法人ピスティスの会

(施設名)

(園児氏名)

本児は、医療機関（医療機関名： ）
でアレルギー疾患と診断され添付の生活管理指導表をもと
に、食材（食品名： ）を完全除去
していただきますようお願いいたします。

保護者氏名

㊞またはサイン