

# 除去申請書

(アレルギー以外)

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、食材（食品名： ）を口に  
すると嘔吐や下痢などの諸症状が出るため完全除去してい  
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