

# 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いたします。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)またはサイン \_\_\_\_\_