

除去解除申請書

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生活管理指導表で除去してい
た（食品名： ）に関して、医師の指導
の下1～2か月食べて症状が誘発されていないので、保育園
における完全解除をお願いいたします。

保護者氏名

㊞またはサイン