

日野市学校給食 食物アレルギー除去対応解除申請書

年 月 日

日野市立 学校長 様

保護者氏名 印

下記児童生徒は、学校生活管理指導表で除去していた(食物名:)

に関して、医師の指導のもと、これまで複数回家庭での飲食において症状が誘発されていないので、学校給食における
除去対応の 解除 を申請いたします。

記

(ふりがな) 児童生徒氏名	性別(男・女)	年 組	生年月日	年 月 日生
住所	〒			

医療機関受診日(医師から指示が出た日)		年 月 日	
指導を受けた 医療機関名		医師名	

家庭での摂取状況

学校記入欄

申請書受領日	年 月 日
解除開始日	年 月 日