

食物アレルギー対応終了願い

年 月 日

学校長様

保護者氏名 (自署)

児童生徒氏名 (年 組)

食物アレルギーの症状が改善され、医師の判断により対応の必要がなくなり

ましたので、食物アレルギー対応の終了をお願いします。

対応を終了する食物

対応終了日 年 月 日

(学校受付欄)

確認	校長	教頭	担任	養護教諭	栄養教職員			
(印)								