

(様式 11)

## 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