

除 去 食 依 頼 書

下記の園児はアレルギー疾患があり、家庭で除去食療法を行っています。園での集団生活においても可能な限り除去食を提供していただきたいのでよろしくお願いいたします。

平成_____年_____月_____日

NPO 法人鳥取・森のようちえん・風りんりん 理事長 徳本敦子様

園児名 _____

保護者名 _____ 印

※太枠内は保護者が記入してください

* 病名 食物アレルギー

* 除去すべき食品 (該当するものに丸をつけてください)

卵

牛乳

大豆

その他のものがあれば具体的に記載してください

* 期間 (該当するものに丸をつけてください)

今後 (3 か月・6 か月・9 か月・12 か月)

* 医療機関および医師名

印