

# 食物アレルギー対応食終了願い

年 月 日

学校長あて

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

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食の必要がなくなりましたので、アレルギー対応食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