

決 裁	課 長	課長補佐	園 長	

様式 1

## 食 物 除 去 依 頼 書

年 月 日

我孫子市保育課長あて

保護者 氏名

住所

電話番号

本児については、統一献立給食での摂取が困難ですので、年 月 日よりアレルギー食物を除去する給食を希望したく、別紙「食物アレルギーに関する調査票」（様式2）、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理表」（様式3）を添えて依頼します。

保育園名	保育園		
ふりがな		生年月日	年 月 日
児童名			
医療機関名	病院・医院・クリニック・診療所		

### ●原因食品

--

### ●主症状

--

### ●症状が出た場合の対応について、主治医からの指示

--