

## 除去解除申請書

令和 年 月 日

調布市立 \_\_\_\_\_ 小学校

\_\_\_\_\_ 年 組

児童氏名 \_\_\_\_\_

本児は管理指導表で除去していた（食物名： \_\_\_\_\_）に  
関して、医師の指導のもと、これまでに複数回家庭での飲食において症状が誘  
発されていないので、学校給食における完全解除をお願いします。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 指導を受けた病院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

-----

### 《学校記載欄》

申請書受領日 令和 年 月 日

給食解除開始日 令和 年 月 日