

# 除去解除申請書

年 月 日

社会福祉法人陽光福社会 ( )保育園

( )組 園児氏名( )

本児は医師の指示により除去していた

( )

に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回食べ

症状が誘発されていないため、園における除去解除を

お願いいたします。

保護者名

印