除去食解除連絡票

平成　　年　　月　　日

よなご まなびや園　園長様

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

児童氏名・生年月日		平成　　年　　月　　日
受診医療機関名		
解除内容 （除去解除は、必ず家庭で試してからご記入下さい）		

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印