

(様式8-2)

## 食物アレルギー対応解除依頼書

平成 年 月 日

東久留米市立 学校  
校長

年 組 (児童・生徒名) \_\_\_\_\_ は、学校生活管理指導表  
で除去していた (食品名: \_\_\_\_\_) に  
ついて、医師の指導のもと、これまで複数回家庭での飲食において症状が誘発されな  
いので、学校給食における対応の解除をお願いします。

指導を受けた病院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

学校記載欄

依頼書受領日 平成 年 月 日

給食対応解除開始日 平成 年 月 日