

平成 年 月 日

保育所(園)長様

申 請 書

食物アレルギーがあるため、下記の対応を申請します。

1. 食物アレルギー除去食の対応

除去食品名	ラインコンタミネーション	除去食品名	ラインコンタミネーション
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

*ラインコンタミネーション

原材料としては使用されていないくても、製造工程で混入する恐れがあるものです

2. エピペンの使用

治療を受けている医療機関のアレルギー除去食に関する主治医意見書を添付します。

児 童 名 _____

保護者名 _____

印

(保護者記入)