

(注) 保護者が記入します  
印刷する時は、このテキストを削除してください。

## 給食における食物アレルギー対応食 解除 (届)

令和 年 月 日

上越市立 学校長 様

年 組

氏名 男・女

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