

除去食解除連絡票

平成 年 月 日

とっとりまなびや園 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