

除去食解除連絡票

令和 年 月 日

認定こども園 まなびや園 園長様

医師名 _____ 印

| | | |
|--|--|----------------|
| 児童氏名・生年月日 | | 平成 令和 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