

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

大崎市社会福祉事務所長 様

保護者 住所 _____
氏名 _____

保 育 事 業 除 去 食 実 施 依 頼 ・ 変 更 ・ 解 除 届

除去食の { ☐提供を受けたい
☐実施内容に変更が生じた
☐実施を解除されたい } ので、次のとおり届出ます。

(保護者記入欄)

施 設 名	
除去食実施児童名	(男・女) 年 月 日生(歳 箇月)

(医師記入欄)

診 査 書	
児 童 名	
病 名	
検査方法及び結果	(検査年月日： 年 月 日)
アレルギー原因物	☐ 牛乳 ☐ 卵 ☐ 大豆 ☐ 小麦 ☐ ソバ ☐ エビ ☐ 魚 その他(詳しく：)
投薬・除去食等の指 導	
除去期間・主治医の 所 見 等	1 除去期間： 月 日～ 2 主治医の所見等
上記のとおり診査しました。 年 月 日 医療機関名 医 師 (印)	