

**Dietary Accommodation Request Form**  
食物対応リクエストフォーム

<b>A. Student information 学生情報</b>	
<b>Name</b> 名前:	<b>Class</b> 学年:
<b>B. To be completed by a medical doctor 医師記入</b>	
<b>Foods to remove</b> 除去食品	<b>Suggested substitutions</b> 対応食品
<b>Doctor's recommendation</b> 担当医の推奨事項	
<b>Medical institution stamp</b> 医療機関印	<b>Doctor's name</b> 医師名:
	<b>Doctor's signature</b> 医師印:
	<b>Name of medical institution</b> 医療機関名:
	<b>Date</b> 受診日 (e.g. Jan./1/2021):        /        /
<b>C. Parental agreement 保護者同意書</b>	
<p>I confirm all the information provided above is correct to the best of my knowledge. I understand that the information on this form will remain in effect until the end of the school year for which it is received. When necessary throughout the school year, I will resubmit this form to reflect changes in my child's medical and/or nutritional needs. I understand that it is at the discretion of KIPS as to whether this request can be accommodated or not.</p> <p>上記のすべての情報が正しいことを確認します。このフォームに記載されている情報が受理された学年度の終わりまで有効であることを承知します。また、学年度を通して必要に応じて、子どもの医療および栄養ニーズの変更をフォームに反映し、再度提出いたします。そして、これらの要求の受理の可否は KIPS に裁量権があることを承知します。</p>	
<b>Name</b> 名前:	<b>Signature</b> サイン:
<b>Date</b> 記載日 (e.g. Jan./1/2021):        /        /	