

食堂 FAX:027-288-7037  
利用の1ヶ月前までに提出してください。

記入日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 食物アレルギー 事前確認票

利用日	2017年 ○月 ×日 ~ △日 まで
団体名	○○○○○ 学校
団体担当者名	○○ ○○
担当者連絡先	TEL ○○○ - △△△ - ○○○○
	FAX ××× - ××× - ××××

No.	該当者氏名	ふりがな	アレルゲン	代替食希望	連絡事項
1	○○ ○○	△△ △△	卵・乳	<input checked="" type="radio"/>	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※ ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、多数のアレルゲンがある方への対応は難しい場合がございます。  
詳しくは、当食堂までご連絡の上、ご相談下さい。

国立赤城青少年交流の家 食堂 TEL 027-288-3333  
FAX 027-288-7037