

## ⑥食物アレルギー事前確認票

<利用1か月前までに食堂に提出>

記入例

食堂FAX：027-288-7037

利用日	2020年 6月 25日から 6月 27日まで
団体名	前橋市立赤城交流小学校
担当者名	前橋 花子
担当者TEL	027-000-0000
FAX	027-000-0001
記入日	2020年 5月 5日

No.	該当者氏名	ふりがな	アレルゲン	代替食希望 希望は○ 不要は×	連絡事項
1	交流 次郎	こうりゅう じろう	卵・乳	○	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※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。

食堂TEL：027-288-3333

食堂FAX：027-288-7037