

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>

食堂FAX : 027-288-7037

利用日	20 年 月 日から 月 日まで
団体名	
担当者名	
担当者TEL	
FAX	
記入日	20 年 月 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					
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