

④食物アレルギー事前確認票

<ご利用日 1か月前までに食堂に提出ください>

【ご注意】

- ◆食物アレルギーの有無にかかわらず本様式はご提出いただけます。
- ◆期限内にご提出いただけない場合は、準備等の都合上対応出来ない場合があります。

提出先 *メール添付送付でお願いできますと幸いです	
食堂メールアドレス	32109@compass-jpn.com
食堂TEL	027-288-3333
食堂FAX	027-288-7037

ご利用日	令和5年 <u>11</u> 月 <u>5</u> 日 ~ <u>11</u> 月 <u>6</u> 日
団体様名	●●市立●●小学校
担当者様名	} ※食物アレルギーや食事を担当される方の情報を記載してください。
担当者様TEL	
メールアドレス	
FAX番号	
ご記入日	令和5年 <u>10</u> 月 <u>5</u> 日

必ずチェックをしてください。

食物アレルギー該当者の有無

※必ずチェックしてください

<input checked="" type="checkbox"/> 該当者あり	<input type="checkbox"/> 該当者なし
---	--------------------------------

No.	該当者氏名	ふりがな	小麦	卵	乳	そば	えび	かに	落花生	7大アレルゲン以外	代替食希望 希望者のみ●	連絡事項
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

※原則、7大アレルゲンのみの対応となります。

※ビュッフェでの自己除去をされる場合、該当の方は団体様の最初（先頭）のご利用をお願いいたします。

※食堂以外での提供（弁当、野外炊飯等）での対応はできかねます。

※施設ホームページにて、7大アレルゲン対応表を公開しておりますので、ご確認ください。

※食堂メニューに関する情報はコチラから→<https://akagi.niye.go.jp/shisetsu/menu>

※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。

【食堂記載欄】 / 様に連絡

打合せ後 → 代替あり 代替なし
確認印：店長 栄養士