

【送付先】

エムエフエス株式会社室戸店
FAX. 0887-22-3466

食物アレルギー対応連絡票

ご記入日 平成 年 月 日

(国立室戸青少年自然の家 食堂)

団体名及び 担当者氏名・連絡先	団体名： 担当者氏名： 担当者連絡先：
利用期間	月 日 () ~ 月 日 ()
アレルギー該当者 氏名・連絡先	(フリガナ) 氏名 連絡先
弁当利用日の有無 ※食堂提供の弁当	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 〔 月 日 () 〕 〔 月 日 () 〕 〔 月 日 () 〕 </div> 無 ・ 有
アレルギーの程度	※アレルギー反応はどのような症状ですか？具体的にご記入ください 軽い ・ 重い
アレルゲン食品名	※食べる（飲む）事によりアレルギー反応が起きる食材を教えてください。（油・調味料を含む）
要望事項	※アレルギーのことでご希望・ご意見等がありましたらご記入ください。 （記入例）一部のメニューを作ってほしい・一部のメニューを持参する 特別な対処は必要ない・本人が判断して食べる…など

※ 太枠内の全ての項目をご記入ください。

【食堂利用欄】

受付月日 _____ / _____

受付者 _____

対応者 _____