

食物アレルギー対応連絡票

利用日 月 日 ～ 月 日 団体名

責任者名 TEL/FAX

記入方法: アレルギー原因食品と除去の程度の欄に○でご記入ください。代替食希望の方も○をご記入ください。
 *その他のアレルギーがある場合、空欄に原因食を記入してください。
 *代替食を希望する方は、備考欄に詳しい症状等をお書きください。

利用日の14日前までに食堂へFAX(0228-56-2402)で提出ください。書類提出後、必要に応じて担当者から連絡する場合があります。

番号	氏名	アレルギー原因食材							原因食品の除去の程度				その他のアレルギー	代替食希望	備考	
		卵	乳	小麦	そば	落花生	えび	かに	完全除去	加熱可	つなぎ可	調味料可				
1																
2																
3																
4																
5																
6																

保管期間 年 月 日まで