

食事申込書

【食堂】コンパスグループ・ジャパン株式会社三瓶店
 TEL:0854-86-0153
 FAX:0854-86-0183
 E-mail:35505@compass-jpn.com

食堂確認印

団体名		提出日	月	日	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更
ふりがな		TEL			
担当者		FAX			
期間	令和 年 月 日 ~	月 日 (泊 日)			

		月 日 ()			月 日 ()			月 日 ()			
		朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	
食堂ビュッフェ	合計数										
	中学生以上										
	小学生										
	幼児(3歳以上)										
	水筒用のお茶 (希望時に○印)										
弁当	パン弁当										
	おにぎり弁当 (2個入)										
	おにぎり弁当 (3個入)										
	幕の内弁当										
野外炊飯	メニュー										
	合計数										
	班編成 (人数×班数)	人数 班数 人数 班数									
		人数 班数 人数 班数									
人数 班数 人数 班数											
クッキング	メニュー										
	セット数										

支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金支払い	<input type="checkbox"/> 銀行振込
食物アレルギー者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

※食物アレルギー者ありの場合は「食物アレルギー連絡票」をご提出ください。

※全キャンセルされる場合は利用日1週間前までにご連絡ください。

※利用日前1週間以内の全キャンセルは、ご予約いただいた食事に係る料金の30%を徴収いたします。

※幼児は3歳以上から小学生未満のお子様です。
 2歳以下の幼児は無料です。(保護者分を取り分けてください。)

その他(飲み物、間食、特別食、バーベキューオプションなど)			
メニュー	個数	希望日	受け取り時間

食事申込書

【食堂】コンパスグループ・ジャパン株式会社三瓶店

TEL:0854-86-0153

FAX:0854-86-0183

E-mail:35505@compass-jpn.com

食堂確認印

記入例

団体名	大田市立三瓶山小学校	提出日	8月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 変更
ふりがな	さんぺ はなこ	TEL	0854-86-0319	
担当者	三瓶 花子	FAX	0854-86-0458	
期間	令和4年10月5日～10月7日(2泊3日)			

		10月5日(水)			10月6日(木)			10月7日(金)			
		朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	
食堂ビュッフェ	合計数		50	50	50		50	50			
	中学生以上		5	5	5		5	5			
	小学生		45	45	45		45	45			
	幼児(3歳以上)										
	水筒用のお茶(希望時に○印)			○	○		○	○			
弁当	パン弁当										
	おにぎり弁当(2個入)								50		
	おにぎり弁当(3個入)										
	幕の内弁当										
野外炊飯	メニュー					ビーフカレー					
	合計数					50					
	班編成(人数×班数)	人数	×	×		10	×	5	×	×	
		班数			×				×		×
人数		×	×			×	×		×	×	
	人数	×	×			×	×		×	×	
クッキング	メニュー										
	セット数										

支払い方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現金支払い <input type="checkbox"/> 銀行振込
食物アレルギー者	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

※食物アレルギー者ありの場合は「食物アレルギー連絡票」をご提出ください。

※全キャンセルされる場合は利用日1週間前までにご連絡ください。

※利用日前1週間以内の全キャンセルは、ご予約いただいた食事に係る料金の30%を徴収いたします。

※幼児は3歳以上から小学生未満のお子様です。2歳以下の幼児は無料です。(保護者分を取り分けてください。)

その他(飲み物、間食、特別食、バーベキューオプションなど)

メニュー	個数	希望日	受け取り時間
アケリアス氷結300ml	50	10月7日	8:45

食物アレルギー連絡票

【食堂】
コンパスグループ・ジャパン株式会社三瓶店
TEL：0854-86-0153
FAX：0854-86-0183
E-mail：35505@compass-jpn.com
献立・アレルギー担当：祖母井（うばがい）

団体名					TEL			
ふりがな					FAX			
担当者								
利用期間	令和	年	月	日	～	月	日	（泊日）
氏名	年齢	食物アレルギーの内容など					事前の 打ち合わせ	
							<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
							<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
							<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
							<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
							<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
							<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
							<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
							<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
対応・要望・その他								

※事前の打ち合わせが必要な場合は、食堂へ連絡をしてください。

確認日	印