

食物アレルギー連絡表（利用者記入用）

※太枠内に入力(記入)して、直接食堂へ提出(FAX, メール, 郵送)してください。

団 体 名		TEL	
担 当 者 氏 名		FAX	
利 用 期 間	～	【 泊 日 】	
食物アレルギー者の氏名	性別	食物アレルギーの内容など	打合せ
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
※打合せの欄の「必要」にチェックがある場合には、食堂に連絡し、打合せを行ってください。			
対応・要望事項 その他			

確認	受付者	担当	栄養士	責任者 (店長)
日付	/	/	/	/
確認印				

エムエスエフ株式会社 三瓶店
 〒694-0002 島根県大田市山口町山口1638-12
 電話 0854-86-0153 FAX 0854-86-0183
 E-mail 69005@compass-jpn.com
 献立・アレルギー担当 店長 祖母井(うばがい)