|  |  |
| --- | --- |
| **送信日； 年 月 日** | **様式第5－1号** |
| **食 物 ア レ ル ギ ー 確 認 表** |
| ＊参加者の食物アレルギー（医師による食事指導制限）や、宗教の理由により、**該当する食事が召し上が** |
| **れない方のみ**提出願いします。 |  |
| ＊ホームページより、食事メニュー、成分表をご確認頂き、召し上がれない食事メニューのみ下記の |
| **【代替を希望する対象メニュー】**の欄にご記入してください。 |
| ＊各団体様からのお問合せが集中してしまう為、なるべく確認表にて、対応して参ります。何卒ご理解、 |
| ご協力をお願い致します。**食事提供表（様式第5号）と一緒に期日まで**に提出をお願いします。 |
| ＊アレルギー対応がある場合、確認表を基に、代替食をご提案致しますのでご確認ください。弊社より |
| （FAX）にて送信致します。 |  |
| ＊詳細については、別途添付している**【食物アレルギー対応について】**をご確認ください。 |
| ＊この確認表は、上記以外には使用いたしません。 |  |
| **お問合せ （株）坂東太郎 さしま厨房 TEL 0280-86-6315** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | TEL |  |
| 担当者 |  | FAX |  |
| 利用日 | 月 日 （ ） ～ 月 日 （ ） |
| **なまえ** | **年齢** | **性別** | **食事メニュー** | **食物アレルギーの種類（原因食物）** | **代替を希望する対象メニュー** |
| ひらがな記入 |
| **さしまたろう** | **10** | **男** | **朝食 A** | **乳•卵** | **オムレツ** **ウィンナー** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |