

令和 年 月 日

兎和野高原食堂業者「食堂てんかむてき」御中 Tel & Fax 079-660-2001

食物アレルギー調査票

団体名 _____ 責任者名 _____ 担当者名 _____

連絡先 _____

利用期間 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

配慮の必要な利用者

名前 _____ 年齢 or 学年 _____

保護者名 _____ 連絡先 _____ (緊急時のみ使用)

○センター食堂「食堂てんかむてき」でアレルギー対応を希望される食品について

原則的な考え方

- 1 最優先は“安全性”
- 2 二者択一の食事対応
→ 最小限の代替食を「提供するかしないかの二者択一」
- 3 食堂業者提供の食事ができなくなる利用者には、利用団体の責任の下、弁当対応とする

給食献立表とアレルギー食品一覧表をご覧の上、ご記入ください。

| | |
|---------------------|----|
| ・ 月 日 () 朝・昼・夕 献立「 | 」 |
| 品名 特定原材料 | 備考 |
| ・ 月 日 () 朝・昼・夕 献立「 | 」 |
| 品名 特定原材料 | 備考 |
| ・ 月 日 () 朝・昼・夕 献立「 | 」 |
| 品名 特定原材料 | 備考 |
| ・ 月 日 () 朝・昼・夕 献立「 | 」 |
| 品名 特定原材料 | 備考 |
| ・ 月 日 () 朝・昼・夕 献立「 | 」 |
| 品名 特定原材料 | 備考 |

(不足の場合は裏面を活用してください)