

食物アレルギー確認票（※アレルギーの有無にかかわらず、必ず提出してください。）

熊本県立あしきた青少年の家

団体名		記入者名	
利用期間	令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()		
食物アレルギーを持った利用者が <input type="checkbox"/> います。 / <input type="checkbox"/> いません。 （※どちらかに○をつけてください。）			

【記入例】

No.	氏名	性別	アレルゲン（食材）	主な症状	程度（対応）	確認・相談先
1	芦北 太郎	男	卵	蕁麻疹	生食は不可 つなぎでの使用、及び火が通してあるものは可	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者・病院 その他 ()
2	豊野 花子	女	そば	呼吸困難	完全除去が必要	保護者 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 その他 ()
3	菊池 三郎	男	エビ	蕁麻疹	除去すれば、食べられる	保護者・病院 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (学校)

No.	氏名	性別	アレルゲン（食材）	主な症状	程度（対応）	確認・相談先
1						保護者・病院 その他 ()
2						保護者・病院 その他 ()
3						保護者・病院 その他 ()
4						保護者・病院 その他 ()

◆枠が不足する場合は、この用紙をコピーしてください。

◆アナフィラキシー・ショックなど特に症状が重篤な方については、この票への記入だけでなく、必ず青少年の家まで直接ご相談ください。

◆この票に記入された利用者が食事をする際には、当日、食堂で確認をしてください。食堂の職員からどのような対応をしているかについて、説明を致します。

◆本票にて事前に申告されていない食物アレルギーについては、代替食等の対応ができません。

【メモ】（※施設職員使用欄）

食事注文表

令和 年 月 日

*申請書と一緒に提出してください。

1. 【食事数】

(キャンプ場利用団体で、食事注文を希望される場合は、ご相談ください。)

	月 日 ()				月 日 ()				月 日 ()			
	朝食	昼食		夕食	朝食	昼食		夕食	朝食	昼食		夕食
		普通	弁当			普通	弁当			普通	弁当	
男												
女												
幼児												
合計												

2. 【食物アレルギー】

ある・なし	※食物アレルギーに該当する場合は、別紙「アレルギー確認票」にご記入ください。
-------	--

3. 【注文弁当の受け渡し場所・時刻】

時刻	場所 (※該当の箇所にも○をつけてください。)
/ :	本館 ・ 艇庫 ・ キャンプ場 ・ 環境センター正面玄関 ・ その他 ()
/ :	本館 ・ 艇庫 ・ キャンプ場 ・ 環境センター正面玄関 ・ その他 ()
/ :	本館 ・ 艇庫 ・ キャンプ場 ・ 環境センター正面玄関 ・ その他 ()

【料金】

		一般食 (小学生以上)	幼児食 (小学生未満)
朝食		420円	360円
昼食	普通	570円	470円
	弁当	570円	470円
夕食		770円	620円

【食事数の変更について】

☆本所事務室へ連絡し、FAXにて食事注文表をお送りください。

☆当日の変更はできませんので、前日の17時00分までに連絡してください。

TEL 0966-82-3092

FAX 0966-82-3094

【水筒給水について】

水筒の給水は各宿泊棟に冷水器を設置しておりますのでそちらをご利用下さい。
飲料水購入希望の方は、別紙飲料水注文表にてご注文いただけます。

飲料水注文表

利用団体名		担当者氏名
		電話番号
施設利用月日	令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()	

品名 (500ml ペットボトル)	単価 (円)	数量 (本)	受け渡し日
アクエリアス	130		令和 年 月 日 ()
お~い お茶	130		時 間
真っ清水	120		受け渡し及び支払い場所 食堂

品名 (500ml ペットボトル)	単価 (円)	数量 (本)	受け渡し日
アクエリアス	130		令和 年 月 日 ()
お~い お茶	130		時 間
真っ清水	120		受け渡し及び支払い場所 食堂

※申し込み及び数の変更は、利用日の1週間前までに FAXにてお願いします。

【問い合わせ先】
熊本県立あしきた青少年の家
FAX (0966) 82-3094
TEL (0966) 82-3092