

# 利用申込書

※ ご利用日の40日前までにご提出ください。

提出日： 年 月 日

施設記入欄						
利用区分	団体番号					
青少年・一般	利用番号					

団体詳細	フリガナ					
	団体名					
	フリガナ		住所	〒		
	氏名		フリガナ			
連絡先	TEL					

連絡担当者	フリガナ						
	氏名		住所	〒			
			フリガナ				
	連絡先	TEL					
	携帯電話				メールアドレス		
	利用目的						
利用期間	年	月	日 ( )	到着予定時刻【	】	出発予定時刻【	】

活動日程表	時間帯		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	月	晴天時												令和2年4月より、17時以降の施設の日帰り利用を中止させていただきます。	
		希望活動場所													
	日	雨天時													
		希望活動場所													

※ 利用人数は、利用期間中の最大人数をご入力ください。

利用者所属	日帰り利用		利用者所属	日帰り利用		備考
	男性	女性		男性	女性	
未就学児			特別支援学校生			
小学生			その他の学生			
中学生			社会人29歳以下 (指導員・関係者以外)			
高等学校生			社会人30歳以上 (指導員・関係者以外)			
中等教育学校生			指導員・関係者			
大学生・短期大学生・ 高等専門学校生			男女別小計			
専修学校生・ 専門学校生			利用者合計			

※ レストランを利用する日帰り団体には、決定した活動日程表を連絡担当者のメールアドレス宛にお送りいたします。  
※ 利用申込書等に記載された氏名、住所、電話番号などの「個人情報」は、施設の運営に関する一連の業務に使用するものであり、本人の承諾なくそれ以外の利用目的に使用したり、第三者へ情報を提供することはありません。

# 食数票

食数票の提出	初回	変更
初回の場合、岩手山青少年交流の家へお送りください。 変更の場合、食堂(019-688-3197)へお送りください。		

食物アレルギー参加者の有無	有	無
有の場合のみ、 食物アレルギー事前確認票をご提出ください。		

※ 初回の申込みは、ご利用日の40日前までにご提出ください。

提出日:

フリガナ				フリガナ	
団体名				連絡担当者	
TEL		FAX		携帯番号	

## 1 食数 (レストラン食)

日付 (曜日)	月 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	朝食	昼食	夕食
中学生以上												
小学生												
3歳以上の未就学児												
合計												

## 2 シーツ

	チェックイン時		追加・交換		
	受取日	数量	受取日	数量	
本館	月 日	名	月 日	名	
キャンプ場 曲り家キャンプ場 (寝袋シーツ)	月 日	名	月 日	名	

※5泊目からシーツの交換が必要です。

## 4 野外炊事

メニュー	日付	班編成	合計	薪数	食材受取時間
	月 日	人 × 班 人 × 班 人 × 班 人 × 班	名	たき付け用薪 束 野外炊事薪 束	:
	月 日	人 × 班 人 × 班 人 × 班 人 × 班	名	たき付け用薪 束 野外炊事薪 束	:

## 3 教材用具

品名	実施日	数量
キャンプ ファイヤー	大セット (100名以上)	月 日 束
	中セット (100名以下)	月 日 束
	たき火セット (小グループ)	月 日 束
キャンドル のつどい	ロウソク(中)	月 日 本
	ロウソク(小)	月 日 本

## 5 弁当(幕の内弁当、おにぎりA、おにぎりB) 飲物等

品名	受取日	個数	受取時間
	月 日	個	:
	月 日	個	:
	月 日	個	:

※弁当の注文は各種類について20食以上からになります。

※食数を全キャンセルされる場合は、ご利用日の1週間前の17時までには売店までご連絡ください。1週間前までにご連絡がない場合の全キャンセルにつきましては、キャンセル料としてご予約いただいた食数に係る料金の30%を徴収させていただきます。

※食数の変更が生じた場合は、速やかにFAXにて売店までご連絡ください。

内容	食数変更期限
レストラン食	朝食・昼食 利用前日の16:00まで
	夕食 利用当日の11:00まで
野外炊事	利用3日前(土日祝祭日を含まない)の11:00まで
弁当	利用3日前(土日祝祭日を含まない)の11:00まで

備考
----

食堂(売店)業務委託業者  
コンパスグループ・ジャパン(株)  
岩手山店  
FAX:019-688-3197  
※16:00以降は翌日の受付になります  
※お急ぎの場合は下記までお電話ください  
TEL:019-688-4417  
●電話取次時間(8:30~17:15)

# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性		備考
	女性		

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性		備考
	女性		

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					

# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性		備考
	女性		

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					

# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性		備考
	女性		

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					
101					
102					
103					
104					
105					
106					
107					
108					
109					
110					
111					
112					
113					
114					
115					
116					
117					
118					
119					
120					

# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性	女性	備考

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
121					
122					
123					
124					
125					
126					
127					
128					
129					
130					
131					
132					
133					
134					
135					
136					
137					
138					
139					
140					
141					
142					
143					
144					
145					
146					
147					
148					
149					
150					

# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性	女性	備考

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					
166					
167					
168					
169					
170					
171					
172					
173					
174					
175					
176					
177					
178					
179					
180					



# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性		備考
	女性		

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
181					
182					
183					
184					
185					
186					
187					
188					
189					
190					
191					
192					
193					
194					
195					
196					
197					
198					
199					
200					
201					
202					
203					
204					
205					
206					
207					
208					
209					
210					

# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性		備考
	女性		

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
211					
212					
213					
214					
215					
216					
217					
218					
219					
220					
221					
222					
223					
224					
225					
226					
227					
228					
229					
230					
231					
232					
233					
234					
235					
236					
237					
238					
239					
240					

# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性		備考
	女性		

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
241					
242					
243					
244					
245					
246					
247					
248					
249					
250					
251					
252					
253					
254					
255					
256					
257					
258					
259					
260					
261					
262					
263					
264					
265					
266					
267					
268					
269					
270					

# 利用者名簿

団 体 名			
合計	男性		備考
	女性		

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号の入力は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
271					
272					
273					
274					
275					
276					
277					
278					
279					
280					
281					
282					
283					
284					
285					
286					
287					
288					
289					
290					
291					
292					
293					
294					
295					
296					
297					
298					
299					
300					

## 食物アレルギー事前確認票

※対象者が複数名の場合は、本用紙をコピーしてお使いください。

団体名		利用日	
団体担当者名		担当者連絡先	TEL
フリガナ			携帯電話
対象者氏名			
※団体担当者様へ 食物アレルギーの対応・該当者について、無肉の場合は「 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび」からしてください 対応を希望しない <input type="checkbox"/>			
★7大アレルゲン★ 該当するアレルギーを お選びください。	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび	症状	
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか	ない あり	(いつ頃	歳)
アレルギーに関する内服薬の持参はありますか	ない あり		
エピペンの持参はありますか	ない あり	※「あり」にチェックを入れた場合、 エピペンを打てる方はありますか？	

希望対応について 選択してください。	A. 通常メニューのまま	B. 除去・代替希望	C. 持参品対応
	自己判断で食べられる ・ 引率者で対応する	材料の一部を 除去・代替	食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管 と加熱対応を希望する

→ 前後の料理が混入する場合があります。 → 以下の表に希望対応を入力してください。 → 別途記入用紙をお送りします。

※ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用日	食事区分	食べられないメニュー名	除去希望	代替食希望
日				
日				
連絡事項				

# 利用申込書

※ ご利用日の40日前までにご提出ください。

提出日: 2022 年 4 月 1 日

施設記入欄						
利用区分	団体番号					
青少年・一般	利用番号					

団体詳細	フリガナ	イワテサンセイショウネンコウリュウノイエ				
	団体名	岩手山青少年交流の家				
	フリガナ	イワテサン タロウ	住所	〒020-0601		
	氏名	岩手山 太郎	住所	フリガナ タキザワシウシロ292 滝沢市後292		
連絡先	TEL	019-688-4881				

連絡担当者	フリガナ	イワテサン ジロウ		住所	〒020-0601	
	氏名	岩手山 次郎		住所	フリガナ タキザワシウシロ292 滝沢市後292	
	連絡先	TEL	019-688-4221	携帯電話	080-0000-0000	
		メールアドレス	iwate-suishin@niye.go.jp			
利用目的	研修のため					
利用期間	2022 年 6 月 1 日 (水) 到着予定時刻【 9:00 】 出発予定時刻【 13:30 】					

活動日程表	時間帯	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
	6月1日	晴天時	9:00 入所式	10:00 ディスクゴルフ 4人×4班		12:00 昼食	13:00 退所式								
		希望活動場所	つどいの広場			レストラン	つどいの広場								
	雨天時	9:00 入所式	10:00 謎解き1089探偵団 4人×4班				13:00 退所式								
	希望活動場所		ホール			ホール									

令和2年4月より、17時以降の施設の日帰り利用を中止させていただいております。

※ 利用人数は、利用期間中の最大人数をご入力ください。

利用者区分	日帰り利用		利用者区分	日帰り利用		備考
	男性	女性		男性	女性	
未就学児			特別支援学校生			
小学生	5	5	その他の学生			
中学生			社会人29歳以下 (指導員・関係者以外)			
高等学校生			社会人30歳以上 (指導員・関係者以外)			
中等教育学校生			指導員・関係者	3	3	
大学生・短期大学生・ 高等専門学校生			男女別小計	8	8	
専修学校生・ 専門学校生			利用者合計	16		

※ レストランを利用する日帰り団体には、決定した活動日程表を連絡担当者のメールアドレス宛にお送りいたします。

※ 利用申込書等に記載された氏名、住所、電話番号などの「個人情報」は、施設の運営に関する一連の業務に使用するためであり、本人の承諾なくそれ以外の利用目的に使用したり、第三者へ情報を提供することはありません。

# 食数票

食数票の提出 **初回** 変更

食物アレルギー参加者の有無 **有** 無

初回の場合、岩手山青少年交流の家へお送りください。  
変更の場合、食堂(019-688-3197)へお送りください。

有の場合のみ、  
食物アレルギー事前確認票をご提出ください。

※初回の申込みは、ご利用日の40日前までにご提出ください。

提出日: 2022年4月1日(金)

フリガナ	イワテサンセイショウネンコウリュウノイエ			フリガナ	イワテサン ジロウ
団体名	岩手山青少年交流の家			連絡担当者	岩手山 次郎
TEL	019-688-4221	FAX	019-688-5047	携帯番号	080-0000-0000

## 1 食数(レストラン食)

日付(曜日)	6月1日(水)			月 日			月 日			月 日		
	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食
中学生以上		5										
小学生		20										
3歳以上の未就学児												
合計		25										

## 2 シーツ

	チェックイン時		追加・交換		
	受取日	数量	受取日	数量	
本館	月 日	名	月 日	名	
キャンプ場 曲り家キャンプ場 (寝袋シーツ)	月 日	名	月 日	名	

※5泊目からシーツの交換が必要です。

## 4 野外炊事

メニュー	日付	班編成	合計	薪数	食材受取時間
カレーライス	6月1日	5人×5班 人×班 人×班 人×班	25名	たき付け用薪 5束 野外炊事薪 5束	15:00
	月 日	人×班 人×班 人×班 人×班	名	たき付け用薪 束 野外炊事薪 束	:

## 3 教材用具

品名	実施日	数量
キャンプファイヤー	大セット(100名以上)	月 日 束
	中セット(100名以下)	6月11日 1束
	たき火セット(小グループ)	月 日 束
キャンドルのつどい	ロウソク(中)	月 日 本
	ロウソク(小)	月 日 本

## 5 弁当(幕の内弁当、おにぎりA、おにぎりB)飲物等

品名	受取日	個数	受取時間
幕の内弁当	6月11日	25個	8:30
	月 日	個	:
	月 日	個	:

※弁当の注文は各種類について20食以上からになります。

※食数を全キャンセルされる場合は、ご利用日の1週間前の17時までに売店までご連絡ください。1週間前までにご連絡がない場合の全キャンセルにつきましては、キャンセル料としてご予約いただいた食数に係る料金の30%を徴収させていただきます。

※食数の変更が生じた場合は、速やかにFAXにて売店までご連絡ください。

内容	食数変更期限
レストラン食	朝食・昼食 利用前日の16:00まで
	夕食 利用当日の11:00まで
野外炊事	利用3日前(土日祝祭日を含まない)の11:00まで
弁当	利用3日前(土日祝祭日を含まない)の11:00まで

食堂(売店)業務委託業者  
コンパスグループ・ジャパン(株)  
岩手山店

炊きあげご飯を希望する場合は、備考に入力してください。

備考  
炊き上げご飯を希望します。

※お急ぎの場合は下記までお電話ください  
TEL:019-688-4417  
●電話取次時間(8:30~17:15)

# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

No.	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
1	〇〇 〇〇	54	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
2	〇〇 〇〇	45	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	△△△△-△△-△△△△
3	〇〇 〇〇	35	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	■ ■ ■ ■ - ■ ■ - ■ ■ ■ ■
4	〇〇 〇〇	24	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	× × × × - × × - × × × ×
5	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
6	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
7	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
8	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
9	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
10	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
11	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
12	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
13	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
14	〇〇 〇〇	小5	男	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
15	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
16	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
17	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
18	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
19	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
20	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
21	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
22	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
23	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
24	〇〇 〇〇	小5	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	同上
25	〇〇 〇〇	45	女	滝沢市岩手山後〇〇〇△△□	☆☆☆☆-☆☆-☆☆☆☆
26					
27					
28					
29					
30					



# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					

# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					

# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					
101					
102					
103					
104					
105					
106					
107					
108					
109					
110					
111					
112					
113					
114					
115					
116					
117					
118					
119					
120					

# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
121					
122					
123					
124					
125					
126					
127					
128					
129					
130					
131					
132					
133					
134					
135					
136					
137					
138					
139					
140					
141					
142					
143					
144					
145					
146					
147					
148					
149					
150					

# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					
166					
167					
168					
169					
170					
171					
172					
173					
174					
175					
176					
177					
178					
179					
180					

# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
181					
182					
183					
184					
185					
186					
187					
188					
189					
190					
191					
192					
193					
194					
195					
196					
197					
198					
199					
200					
201					
202					
203					
204					
205					
206					
207					
208					
209					
210					

# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
211					
212					
213					
214					
215					
216					
217					
218					
219					
220					
221					
222					
223					
224					
225					
226					
227					
228					
229					
230					
231					
232					
233					
234					
235					
236					
237					
238					
239					
240					

# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
241					
242					
243					
244					
245					
246					
247					
248					
249					
250					
251					
252					
253					
254					
255					
256					
257					
258					
259					
260					
261					
262					
263					
264					
265					
266					
267					
268					
269					
270					



# 利用者名簿

団 体 名	国立岩手山青少年交流の家		
合計	男性	12	備考
	女性	13	

・欄が足りない場合は付け足してください。

・学校団体の場合は、住所・連絡先携帯番号は不要です。

	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	住 所	連絡先電話番号
271					
272					
273					
274					
275					
276					
277					
278					
279					
280					
281					
282					
283					
284					
285					
286					
287					
288					
289					
290					
291					
292					
293					
294					
295					
296					
297					
298					
299					
300					

## 食物アレルギー事前確認票

※対象者が複数名の場合は、本用紙をコピーしてお使いください。

団体名	岩手山青少年交流の家	利用日	6月10日	～	6月12日
団体担当者名	岩手山 次郎	担当者連絡先	TEL	019-688-4221	
フリガナ	〇〇 〇〇		携帯電話	080-0000-0000	
対象者氏名	〇〇 〇〇				

※団体担当者様へ  
食物アレルギーの対応・該当者が無い場合はチェックしてください 対応を希望しない

<p>★7大アレルゲン★ 該当するアレルギーを お選びください。</p>	<input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> かに <input checked="" type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび	症状	顔に湿疹が出る
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか		ない <input checked="" type="radio"/> ある	(いつ頃      9      歳)
アレルギーに関する内服薬の持参はありますか		ない <input checked="" type="radio"/> ある	
エピペンの持参はありますか		ない <input checked="" type="radio"/> ある	<small>※「ある」にチェックを入れた場合、 エピペンを打てる方はありますか?</small> いる <input checked="" type="radio"/> いない

希望対応について 選択してください。	A. 通常メニューのまま	B. 除去・代替希望	C. 持参品対応
	自己判断で食べられる ・ 引率者で対応する	材料の一部を 除去・代替	食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管 と加熱対応を希望する

→ 前後の料理が混入する場合があります。 → 以下の表に希望対応を入力してください。 → 別途記入用紙をお送りします。

※ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用日	食事区分	食べられないメニュー名	除去希望	代替食希望
11	日			
	夕食	(例) トンカツ	トンカツ	<input checked="" type="radio"/>
12	日			
	朝食	(例) かき玉スープ	たまご	<input checked="" type="radio"/>
<p>・代替食をご希望される方は、○印を付けてください。                  ※代替食の内容に関しては、確認の連絡時にご相談させていただきます。</p>				
連絡事項				