

食物アレルギー連絡表

*** 提出〆切：入所日の2週間前**

*** 提出方法：FAX (0869-93-4311) かメール (info@heartoss-feel.com)**

*** 本表を基に、下記担当者が詳細を確認するために連絡させていただきます。**

*** この連絡表はアレルギー対応以外に使用しません。**

*** メニューや食材が変更になる場合、食物アレルギー連絡票を提出いただいた上で
担当者と相談させていただき、成分表を送ることは可能です。**

*** 当店では特定原材料7品目及び、特定原材料に準ずる20品目の食材を使用しています。**

FAX送信日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

団体名		TEL	
担当者		FAX	
利用期間	年 _____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日		

アレルギー者氏名	年齢	性別	アレルゲン食材	処方薬等	希望対応	食堂記入
		男/女		エピベン 飲み薬	①・②	
		男/女		エピベン 飲み薬	①・②	
		男/女		エピベン 飲み薬	①・②	
		男/女		エピベン 飲み薬	①・②	
		男/女		エピベン 飲み薬	①・②	
		男/女		エピベン 飲み薬	①・②	
		男/女		エピベン 飲み薬	①・②	
		男/女		エピベン 飲み薬	①・②	
備考						

※希望の対応を下記の中から選んで下さい。

- ① 食材等持ち込み。(アレルギー症状が重い又はアレルゲン食材が多い。)
- ② 個別食対応。(アレルゲン食材を除いた食事をカウンターで手渡します。)

※弁当については、アレルギー対応はできませんのでご了承ください。

株式会社ハートスフィール

TEL：0869-67-1600 (平日 9:00~17:00)

FAX：0869-93-4311

E-mail info@heartoss-feel.com