

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くことがあります。**

*** 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