

食事注文票

団体名	〇〇立黒髪小学校	電話番号	0954-45-2170
担当者氏名	黒髪 六郎	担当者電話番号	000-〇〇▲▲-〇〇◆◆

(弁当注文の場合は【弁当】と記入してください)

日付		朝食	昼食	夕食	備考
〇月〇日(◆)	普通食	食	58 食	58 食	夕食時水筒 お茶希望
	幼児食	食	食	食	
〇月〇日(□)	普通食	58 食	58 食	食	朝食時水筒 お茶希望
	幼児食	食	※弁当 (11時受取希望)	食	
月 日()	普通食	食	食	食	
	幼児食	食	食	食	
月 日()	普通食	食	食	食	
	幼児食	食	食	食	

※水筒のお茶補充の希望がありましたら、備考欄にご記入ください。

※食数の変更は前日の16時までに当施設へ電話で連絡してください。(10食以上増減は7日前まで)

※普通食:小学生以上 幼児食:就学前幼児

※全ての食事をキャンセルされる場合、利用日の2日前からキャンセル料が発生します。

2日前:食事料金の30% 前日:食事料金の50% 当日:食事料金の100%

食物アレルギー調査票

食物アレルギー該当者の有無(○を付けてください)

無		有	○
---	--	---	---

該当者がいる場合は記名をお願いします。

氏名	クラス/性別	氏名	クラス/性別
黒髪 三郎	1組/男		/
	/		/
	/		/

※食物アレルギー該当者がいる場合は別紙「アレルギー確認書」「食物アレルギー詳細シート」をご提出ください。

※利用日の20日前までにご提出ください。提出期限を過ぎた場合はアレルギー食の対応はできません。

※次のアレルギー該当者については、対応できません。ご了承ください。

【アナフィラキシー、エピペン使用、コンタミ、学校給食を食べていない等】