

# アレルギー確認表

団体名：

ご利用日：            月            日    ～            月            日

アレルギー(心配される対象者別に記入をお願いします)

※完全除去、若しくはつなぎは大丈夫か、アレルギーの程度を教えてください

例：卵アレルギー完全除去(つなぎも×)

氏名：

氏名：

※アレルギーを心配される方いない場合は「なし」とご記入の上提出をお願いします。

※アレルギーがある場合の連絡先（施設からの問い合わせ先）

(氏名 TEL )