## 食物アレルギーのある方へのお願い

食物アレルギーによってお食事の配慮を希望されるか たは下記に記入して「予約申し込み」と一緒にご提出 お願いいたします。

もし「予約申し込み」時に提出ができない場合は利用日の14日前までにお願いいたします。

利用施設		山中夠	茅								
団体名											
代表者											
代表者の連絡	先										
利用期間			年	月 E	a ( )	$\sim$		年月	日(	)	
食事予定		朝食	昼食	夕食			<b>ご注意</b> アレルギー対応は				
月	В				のを記		生労働省で定められた特 び、かに、小麦、そば に限らせて頂き	特定原材料7品、卵、乳、落 <sup>2</sup>			
月	В				記入		できる限りの対応はし <sup>*</sup> できる限りの対応はし <sup>*</sup> 添えないこともありますの <sup>*</sup> いてご不明な点がございまり	ておりますが、 でその際はご了?			
月	В					7	ご連絡くださるようお願い ブルボア東京大学山中寮内 EL 0555-62-0491 FAX	い申し上げます。 内等セミ <i>ナ</i> ーハウ	ウス		
アレルギーのある	方のご氏名な	など					メール:info-yamanaka@a  わか	breuvoir.co.j 			
お名前	年 齢 才		レルギーのある ・ かに 小a				症状 (重度、軽度など)	お薬の名前			
アレルギーのある方の高校生以下の場合は保証	保護者様の氏名 ご関係 備 考 :										
お名前	年齢		レルギーのある ・ かに 小き				症 状 (重度、軽度など)	新囲で結構です お薬の名前			
アレルギーのある方の	ま電言	※アレルギーの関してこちらからご確認する必要がある場合に対応して頂ける方のご連絡先									
高校生以下の場合は保証	保護	保護者様の氏名 ご関係 備 考 :									
お名前	年 齢 才	アレルギーのある食品を〇で囲んでください 症 状 (重度、軽度など) お薬の名前 えび かに 小麦 そば 卵 乳 落花生									
アレルギーのある方のご連絡先、または 高校生以下の場合は保護者様のご連絡先											
			着様の氏名			ご関係					
お名前	年 齢 才		レルギーのある ゜かに 小a				☆ 状 (重度、軽度など)	る範囲で結構です お薬の名前			
71 11 + 7 + 7 + 7	プルホ 6 タ <i>ト</i> ・ ナ 上 ・	土電言		—の関してこ <sup>.</sup>	ちらからこ	ご確認する必要	■	る方のご連絡先			
アレルギーのある方のご連絡先、または高校生以下の場合は保護者様のご連絡先		先 ——	id 番様の氏名							-	

備 考 :