

食物アレルギー対応 受付票

※ 対応希望者1名につき1枚(複写して)ご使用ください。

※ 食物アレルギー対応を必要とする場合は、下記情報項目にご記入の上、ご利用の7日前(土日祝は数えない)までに、ライフインフーズ(株)栄養係へ FAX: 0270-21-5432 にて送信してください。細かな打合せは、電話: 0270-23-3838 にて連絡をお願いします。

※ 名前には必ずふりがなを記入してください。

アレルギー原因食品		該当食品 ×印	調味料 エキスなら可 ○印	詳細事項あれば必ずお知らせ下さい
1	 卵			
2	 乳			
3	 小麦			
4	 そば			
5	 落花生			
6	 えび			
7	 かに			
8	 いか			
9	 オレンジ			
10	 牛肉			
11	 豚肉			
12	 鶏肉			
13	 さけ【鮭】			
14	 さば【鯖】			
15	 大豆			
16	 りんご			
17	 バナナ			
18	 ゼラチン			
19	 ごま			
20	 アーモンド			
その他()				
その他()				
その他()				
その他()				

お客様 ご連絡先		ご利用日【期間】
ご利用団体名		
		月 日 () ~ 月 日 ()
ご担当者様	食物アレルギー対応ご希望者名	ライフインフーズ(株)栄養係 FAX:0270-21-5432 TEL:0270-23-3838
ふりがな	ふりがな	
電話番号・FAX	電話番号・FAX	