







# 食事・シーツ・教材等申込書

No.2

※申込み内容が無くても必要事項を記入し、ご提出ください。

団体名	記入日	月	日( )
	担当者		

新規  変更 ( 回目 )

## 5. 野外炊飯メニュー

※変更箇所がわかるようにしていただくと助かります。

※変更期限：実施日の1週間前までとなります。

※1班8人程度の編成が望ましいです。(当施設職員へご相談ください)

野外炊飯の指導が	必要である・必要でない	※貸出・返却時は職員が立ち合います。												
受取日	受取時間	メニュー	班 編 成								※1班4名以上でお願いします。			
			人	×		班	人	×		班	人	×		班
			人	×		班	人	×		班	人	×		班
			人	×		班	人	×		班	人	×		班
			人	×		班	人	×		班	人	×		班
			人	×		班	人	×		班	人	×		班

【野外炊飯貸出物品】※必要な数量を以下に記載願います。

炊飯用具セット	皿	おわん	湯のみ	はし	スプーン	フォーク	やかん	鉈(なた)	焼肉用鉄板・網
セット	枚	個	個	膳	本	本	個	本	枚

【テント関係貸出物品】※カッコ内は当所にて貸出できる最大の数です。【受取り日時 月 日 時 分】

8人用ドームテント (8張)	5人用ドームテント (5張)	常設テント (10張)	寝袋 (200個)	マット	ランタン
張	張	張	個	枚	個

## 6. 飲み物・補食等

※変更期限：受取日の1週間前までとなります。

受取日	受取時間	品 名	数 量	備 考

## 7. その他、独自注文品等

※変更期限：原則受取日の1週間前までとなります。注文品によっては、1週間前でも対応できない場合がございます。

独自注文の場合は班分けすることはできません。また、見積書を出すこともできません。ご了承願います。

受取日	受取時間	品 名	数 量	備 考

# 食物アレルギー連絡表(重要)

国立信州高遠青少年自然の家 (FAX 0265-96-2151)

利用者全員を対象に、利用日の4週間前までに該当者がいない場合も「なし」に○を付して本表を必ず提出してください。

メニューや使用食材にかかわらず、食物アレルギーに関するすべての情報をご提供願います。

期限内にご提出いただけない場合は、準備等の都合上対応できない場合があります。

対応について(A)及び(B)を希望される方につきまして詳細等を確認し、より安全な対応をする為に保護者の方と直接連絡を取らせて頂きたいと思えます。

つきましては、保護者の方の同意の上、保護者氏名、電話番号の記入願います。

				提出枚数		/ 枚目	
提出日				年 月 日		施設 記入欄	
				食堂連絡済		年 月 日	
				TEL		印	
団体名				TEL			
担当者				FAX			
利用期間				年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )			
該当者				あり (医師により診断され、自宅や学校等で除去されている方のみ下記に記入) ・ なし			
No.	該当者氏名	年齢	性別	アレルギー食材 (該当するすべてのアレルギー食材に○をしてください。その他のアレルギー食材がある場合は、〔 〕内にすべてご記入ください。)		希望対応	食堂記入欄
1			男 / 女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕		(A) (C) (B) (D)	
保護者氏名		Tel		その他連絡事項			
2			男 / 女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕		(A) (C) (B) (D)	
保護者氏名		Tel		その他連絡事項			
3			男 / 女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕		(A) (C) (B) (D)	
保護者氏名		Tel		その他連絡事項			
4			男 / 女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕		(A) (C) (B) (D)	
保護者氏名		Tel		その他連絡事項			
備考							

希望の対応を下記の中から選んで「希望対応」欄に○を付してください。

- (A) 持参品対応 (アレルギー症状が重い又はアレルギー食材が多い)  
※食堂の冷蔵庫・冷凍庫での保管と加熱対応を希望する。
- (B) 材料の一部を除去・代替 (アレルギー食材を除いた食事を提供します)  
※エキスやコンタミネーション除去を含めた代替え対応の方は盛り付けた分のみのご提供となりますので予めご了承ください。  
※弁当については、外部注文の為アレルギー対応は出来かねますので別途打合せをし、種類変更または持参品での対応となります。
- (C) 利用者が成分表を見ながら自己判断で食べられる (利用団体の管理の下)
- (D) 特に対応の必要なし

- ・食物アレルギーで症状の重い人は、対応できない場合もあります。
- ・本表を基に、担当者が詳細を確認するために連絡させていただきます。
- ・この連絡表はアレルギー対応以外に使用しません。
- ・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。

アレルギー問い合わせ先 エムエフエス(株)信州高遠店  
TEL 0265-96-2171  
FAX 0265-96-2175

## 【食堂利用欄】

# 利用者名簿

入所時提出

No. \_\_\_\_\_

団体名		利用期間	月	日～	月	日
利用者の構成	男 人	女 人	合計		人	

**注 意**

1. この利用者名簿は、利用申込書類に添付するか、利用初日の受付時にご提出ください。
2. 団体作成の名簿がある場合は、この様式にある内容を確認できるようにしてください。
3. 性別欄は、該当する欄に○印を記してください。
4. 2泊以上のご利用の時、宿泊しない日がある場合は、宿泊しない○泊目に×印を記してください。

番号	氏 名		性別 (○印)		年齢 学年	宿泊しない日に×印			番号	氏 名		性別 (○印)		年齢 学年	宿泊しない日に×印		
			男	女		1泊目	2泊目	3泊目				男	女		1泊目	2泊目	3泊目
例	信州	太郎	○		6 年長	×			例	高遠	花子		○	12 中1		×	×
1									21								
2									22								
3									23								
4									24								
5									25								
6									26								
7									27								
8									28								
9									29								
10									30								
11									31								
12									32								
13									33								
14									34								
15									35								
16									36								
17									37								
18									38								
19									39								
20									40								
										計							