食 物 ア レ ル ギ ー 調 査 票

福岡県立少年自然の家「玄海の家」行き
FAX：0940－62－2513

記入日　　年　　月　　日

団　体　名：	
利用期日：　　年　　月　　日(　　)～　　月　　日(　　)	
担当者氏名：	FAX　（　　）　　－
担当者 TEL　昼(　　)　　－	メールアドレス
夕(　　)　　－	

※対応の確認に必要なため、FAX かメールアドレスのどちらか必ずご記入ください。

1. 食物アレルギー該当者の有無を○で囲み、人数を記入してください。

（　該当者なし　・　該当者あり（　　名）　）

2. 「該当者あり」の場合、食物アレルギーの該当者と除去する食品について、詳しくご記入ください。

No.

フリガナ 名前	アレルギーを 起こす食べ物	症状	詳細	エキス
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可
				可・不可

記入方法については、
注意事項・記入例をご確認ください。

※利用期日の１か月前までに必ず提出してください。

お問合せ先　福岡県立少年自然の家「玄海の家」
〒811-3501　福岡県宗像市神湊 1276 番地
TEL 0940-62-2511/FAX 0940-62-2513
E-mail　shounenshizen@pref.fukuoka.lg.jp