

食物アレルギー対応チェックカード

月 日()

クラス	児童・生徒名

除去食品	
------	--

料理名	
-----	--

調理担当	記名	記名	担任 (副担任) (補充職員)	記名
配膳確認	記名		児童・生徒	記名

*確認後、お名前の記入をしていただき、下膳時に給食室へお返しく下さい。

食物アレルギー対応チェックカード

月 日()

クラス	児童・生徒名

除去食品	
------	--

料理名	
-----	--

調理担当	記名	記名	担任 (副担任) (補充職員)	記名
配膳確認	記名		児童・生徒	記名

*確認後、お名前の記入をしていただき、下膳時に給食室へお返しく下さい。