

# アレルギー対応子ども食堂 スマイルシード食材等確認書

スマイルシード  
代表 笹畑 美佐子 様

私は、20 年 月 日に行われる子ども食堂スマイルシードに参加するにあたり提供される食材について除去している食材が含まれていないことを確認しました。

以上

20 年 月 日 (土)

<ご署名は参加されます全員分をお書きください。>

患児氏名：

---

患児生年月日：

---

保護者氏名：

---

その他氏名：

---

どちらかに○をしてください。

内服薬を持参しましたか。  はい  いいえ 

---

エピペンを持参しましたか。  はい  いいえ 

---

顔写真のメディア等への掲載は問題ないですか。  はい  いいえ 

---