アレルギー対応子ども食堂

スマイルシード食材確認書

スマイルシード

代表　笹畑　美佐子　様

　私は、　　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って提供される食材についての説明を受け、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

年　 月 日

＜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：