





### 3 レストラン注文票記入例

#### 記入例

## レストラン 注文票

※提出の際はどちらかにチェックを入れてご提出下さい。

送信日： /

<input checked="" type="checkbox"/> 初回の提出	<input type="checkbox"/> 2回目以降の提出
初回のご提出は、活動プログラムと併せて「国立阿蘇青少年交流の家」まで MAIL : aso-su@niye.go.jp FAX : 0967-22-0814	2回目以降は売店「エムエフエス株式会社」まで MAIL : 69001@compass-jpn.com FAX : 0967-22-1657

フリガナ	アソセイショウネンコウリュウノイエ			フリガナ	アソタロウ		
団体名	阿蘇青少年交流の家			担当者	阿蘇太郎		
MAIL	aso-su@gmail.com						
TEL	0967-22-0811	FAX	0967-22-0814	携帯番号	080-1234-5678		
利用期間	西暦 2050 年 4 月 1 日(木) ~ 4 月 3 日(土)【 2 泊 3 日】						

※食事の注文前にこちらにチェックマークを付けて下さい。□アレルギー該当者あり □アレルギー該当者なし  
食物アレルギーの該当者がいる場合は、別紙食物アレルギー対応連絡表を必ず提出お願いします。

#### 1 レストランバイキング食

変更期限：変更数が21食以上は利用日1週間前まで。20食以下は利用当日の1食前まで（例：朝食は前日の夕食時まで）

日付	朝食(7:30~9:00)				昼食(12:00~13:20)				夕食(17:30~19:00)			
	合計	幼児	小学生	中学生以上	合計	幼児	小学生	中学生以上	合計	幼児	小学生	中学生以上
4/1					持参弁当				51		40	11
4/2	51		40	11	51		40	11	野外調理			
4/3	51		40	11	弁当購入							

#### 2 野外調理等メニュー

変更期限：変更数に関わらず利用日1週間前まで

実施日	時間	メニュー	注文食数	班編成(人数×班の数)				合計人数
4/2	夕食	④カレーライス	51	10人×4班	11人×1班	×	×	51
				×	×	×	×	
				×	×	×	×	
				×	×	×	×	

#### 3 燃料(野外調理・キャンプファイヤー)等

実施日	時間	品名	単価[円]	セット数
4/2	夕食	野外炊飯用まき1束(6kg)	@500	5
4/2	夜間	ピザ・パン用燃料(まき3束、丸太6本、ガス1台)	@3,530	1

#### 4 教材等(荒天時活動予定分もご記入ください)

実施日	品名	単価[円]	数
4/2	押し花コースター(2枚)	@120	40

#### 5 弁当・携帯食・飲物・補食等

変更期限は以下のとおりです。

携帯食：利用日1週間前の17時まで。

飲み物類：利用日1週間前の17時まで。

お弁当：変更数が21食以上は利用日1週間前の17時まで。  
20食以下の変更は利用前日の12時まで。

受取日	時間	品名	単価[円]	数
4/3	昼食	③二段弁当(俵おにぎり3個)	@520	51

※詳細については、キャンセル料金：p14、レストランバイキング食・燃料・教材・弁当・携帯食・飲物・補食等：p19～p22、野外調理メニュー等：p34をご確認下さい。

「レストランきらら」食堂(売店)業務委託業者  
エムエフエス株式会社 阿蘇店  
MAIL : 69001@compass-jpn.com  
TEL : 0967-22-1621 FAX : 0967-22-1657

## 4 食物アレルギー対応連絡表記入例

### 食物アレルギー対応連絡表

記入例

仕入れの都合により、献立変更する場合がございますので、食物アレルギー等をお持ちの参加者がいる場合は、**対象の方全員について利用日の2週間前まで**に下記の連絡先まで提出をお願いします。

本表を基に、レストラン栄養士より詳細を確認するために連絡させていただきます。

本人、または家族の方と連絡を取るために、対象の方の連絡先まで記入してください。

「レストランきらら」食堂（売店）業務委託業者  
 エムエフエス株式会社 阿蘇店  
 MAIL: 69001@compass-jpn.com  
 TEL: 0967-22-1621 FAX: 0967-22-1657

記入日 年 月 日

団体名	国立阿蘇青少年交流の家			TEL	0967-22-1621		
担当者名	阿蘇 一郎			FAX	0967-22-1657		
MAIL	69001@compass-jpn.com						
利用期間	2050年 4月 1日(月) ~ 4月 3日(水)						

お客様の希望の対応を下記から選んで下さい。分からない場合は未記入でお願いいたします。

アレルギー者氏名	年齢	性別	アレルゲン食材	処方薬等	希望対応	食堂記入
【記入例】 阿蘇 太郎	6	男 / 女	卵・乳・小麦・ <b>落花生</b> ・そば・かに・えび りんご	エビペン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	B
連絡先	MAIL: 69001@compass-jpn.com		TEL 0967 - 22 - 1621	FAX 0967 - 22 - 1657		
阿蘇 花子		男 / 女	卵・乳・小麦・落花生・ <b>そば</b> ・かに・えび ごま・大豆・貝類(調味料含む)	エビペン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	B
連絡先	MAIL: 69001@compass-jpn.com		TEL 0967 - 22 - 1621	FAX 0967 - 22 - 1657		
		男 / 女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび	エビペン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
連絡先	MAIL:		TEL - -	FAX - -		
		男 / 女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび	エビペン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
連絡先	MAIL:		TEL - -	FAX - -		
		男 / 女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび	エビペン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
連絡先	MAIL:		TEL - -	FAX - -		
備考						

アレルギーの症状及び活動内容でお客様の希望の対応と変わる場合がございます。

- ※希望対応を以下の中から選んで下さい。
- (A) 食材等持ち込み（アレルギー症状が重い又はアレルギー食材が多い）
  - (B) 個別対応
  - (C) 成分表を見ながら選んで食べれる（利用団体で対応）
  - (D) 特に対応の必要なし