

## 離乳食試食会 参加申し込み票

かおり保育園

6月 18日（火）の離乳食試食会に参加します。

ふりがな

\* お子さんのお名前

---

\* 参加されるご家族のお名前 (続柄)

---

\* お子さんに食べ物のアレルギーはありますか?      なし      あり

---

～ 有 の場合、具体的にお知らせください。

\* 食品名

---

\* 家庭での除去の様子

---

\* 食事について聞きたいことや困っていることがありますか?

---

当日のスケジュールをお伝えしますので、恐れ入りますがご連絡先を記入してください。      こちらからご連絡いたします。

\* 電話

\* Fax

---