



子ども食堂「ごか」

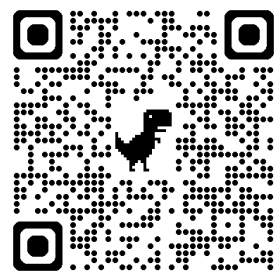
6月13日(土)11:30~

五霞町福祉センター ひばりの里 食堂

子ども(高校生まで) : 100 円、おとな : 300 円

要予約 先着 30 名

- ① 5/11(月)9時~5/31(日)17時までに右の二次元コード→→→→→
又は五霞町社協に電話にて申込ください(先着 30 名)
初めて参加される方は当日に記入したチラシ裏面の利用登録書
兼承諾書を持参してください。



参加申し込み・問い合わせ先 : 五霞町社会福祉協議会

☎ 0280-84-0765

✉ syakyo.kyouyu@gmail.com

子ども食堂「ごか」利用登録書兼同意書

子ども食堂ごかを利用する場合には、下記事項にご同意の上、記入いただき、五霞町社会福祉協議会に提出してください。

申込にあたってのお願い

- ① アレルギー対応食の提供はできない施設です。すべてのメニューが同一厨房で調理され、調理器具を共有しているため、微量のアレルゲンが混入する可能性があります。
- ② 利用できなくなった場合は、早めのご連絡をお願いします。なお、無断キャンセル等が続く場合には、利用をお断りする場合があります。
- ③ 社協だより、広報ごか、ホームページ等へ撮影した写真や動画を掲載させていただくことがあります。
- ④ 記載いただいた個人情報は、目的以外には使用いたしません。
- ⑤ 子ども1名につき、保護者1名利用できます。

住所 五霞町 _____

参加者氏名 生年月日	性別 年齢	学年	食物アレルギー(原因となる食物) /その他、配慮を要する事柄等記入欄
フリガナ 氏名 S・H・R 年 月 日生 歳	(男・女)	小・中・高 ____年	アレルギー 無・有 ()
フリガナ 氏名 S・H・R 年 月 日生 歳	(男・女)	小・中・高 ____年	アレルギー 無・有 ()
フリガナ 氏名 S・H・R 年 月 日生 歳	(男・女)	小・中・高 ____年	アレルギー 無・有 ()
緊急時連絡先 ※緊急時連絡が つきやすい順に ご記入ください	1) 氏名 () 電話番号 () 続柄 ()		
	2) 氏名 () 電話番号 () 続柄 ()		

上記の内容に同意し、子ども食堂「ごか」に参加いたします。

年 月 日

保護者氏名 _____