



子ども食堂「ごか」

9月12日(土)11:30～

準備の都合上、12:15までにご来店ください。

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

8/10(月)9時～右下の二次元コード又は五霞町社会福祉協議会に電話にて申込ください。

初めて参加される方は当日に記入した利用登録書兼承諾書を持参してください。

みなさまのご参加お待ちしております。

☎0280-84-0765

✉syakyo.kyouyu@gmail.com



参加申し込み・問い合わせ先：五霞町社会福祉協議会

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、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	(男・女)	小・中・高 ____年	アレルギー 無・有 ()
S・H・R 年 月 日生 歳			
フリガナ 氏 名	(男・女)	小・中・高 ____年	アレルギー 無・有 ()
S・H・R 年 月 日生 歳			
フリガナ 氏 名	(男・女)	小・中・高 ____年	アレルギー 無・有 ()
S・H・R 年 月 日生 歳			
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 _____