



子ども食堂「ごか」

10月3日(土)10:00~

健康福祉まつりに出店します。
小雨決行。荒天時は翌日順延します。

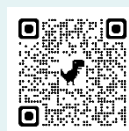
五霞町福祉センター ひばりの里 食堂

子ども(高校生まで)：100円、おとな：300円 先着30名 要予約

9/14(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