

スターバックスからホリデーギフトをプレゼント
（子ども　先着２０名様）

子ども食堂「ごか」

12 月 12 日(土)11:30～

準備の都合上、12:15までにお越しください
今月のメニューはシチューです

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

11/16(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　性別 生年月日　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） S・H・R　年　月　日生　歳	小・中・高 年	アレルギー 無 ・ 有（　）
フリガナ 氏 名　（男・女） S・H・R　年　月　日生　歳	小・中・高 年	アレルギー 無 ・ 有（　）
フリガナ 氏 名　（男・女） S・H・R　年　月　日生　歳	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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿