

学校団体宿泊チェックシート（連泊・体験学習用）

（ ）学校（ 年生） ご担当（ 先生）
 連絡先 TEL（ ） FAX（ ）

宿泊日： 年 月 日（ ） 旅行会社名（ ）： 担当 様

①宿泊人数 生徒（ 名）＋先生（ 名）＋添乗員（ 名）

カメラマン（ 名）・看護師（ 名）・乗務員（ 名） 合計（ 名）

クラス男女別人数

	組	組	組	組	組	組	合計
男子							
女子							
合計							

②お食事内容（別紙メニュー表からお選びください）

	夕食	朝食	昼食	夜食・ジュース等
1日目（ 日）				有・無
2日目（ 日）				有・無
3日目（ 日）				有・無

③食堂席配列 班別 クラス男女別 部屋別 その他（ ）
 対応が必要なアレルギー対応（ 有・無 ） → 有の場合別紙の送付をお願い致します

④ 体験プログラム 実施体験内容

	AM	PM	NIGHT	雨天時代替案
1日目（ 日）				
2日目（ 日）				
3日目（ 日）				

⑤客室内テレビ電源カット 視聴不可（アンテナカット） 視聴可能

⑥ 2階廊下仕切り 必要 不要 / ジュース自動販売機（使用する・電源カット）

⑦到着昼食弁当 手配（必要・不要） → 先生（ 個）生徒（ 個）その他（ 個）
 ご予算（税込 円）を（旅行会社 ・ ホテル）にて 手配

⑧夜食・ジュース等 手配（必要・不要）（注文品名： ）（手配数： 個）
 夜食・ジュース等 お持ち込み（有・無）※お持ち込みの場合別途1人100円（税別） → ゴミのお持ち帰りで無料

⑨ルームキーの使用（使用なし・引率者のみ・全員使用） → 入所式にて一括お渡しいたします。

⑩貴重品袋は当館のものをご利用されますか（必要・不要） → 入所式にて一括お渡しいたします。

⑪お部屋ドア前表（有・無） → 有の場合（事前送付・当日持参）

⑫先生夜ミーティング（有・無）

⑬その他特別に必要な準備物がございましたらお知らせください

⑭はんごう等の食に関する体験をされる場合 → 予定プログラム（ ）（実施班数 班）
 先生の体験（有・無）

※班ごとの準備が必要な為 班の人数分けもお知らせください

このチェックシートをもとに準備を進めていきますので必ずご提出をお願い致します。
 別途必要書類とあわせて宿泊日の10日前必着にて 送付をお願い致します。

奥琵琶湖マキノパークホテル&セミナーハウス

TEL(0740)28-1231 : FAX(0740)28-0806

御部屋割り

奥琵琶湖マキノパークホテル & セミナーハウス

レークサイド

部屋番号	(例)2組女子6名	最大定数
111	名	8
112	名	8
113	名	4
115	名	8
116	名	8
117	名	4

合計40名様

211	名	10
212	名	10
213	名	4
215	名	10
216	名	4
217	名	4
218	名	4
219	名	4
220	名	4
221	名	4
222	名	10

合計68名様

マウンテンサイド

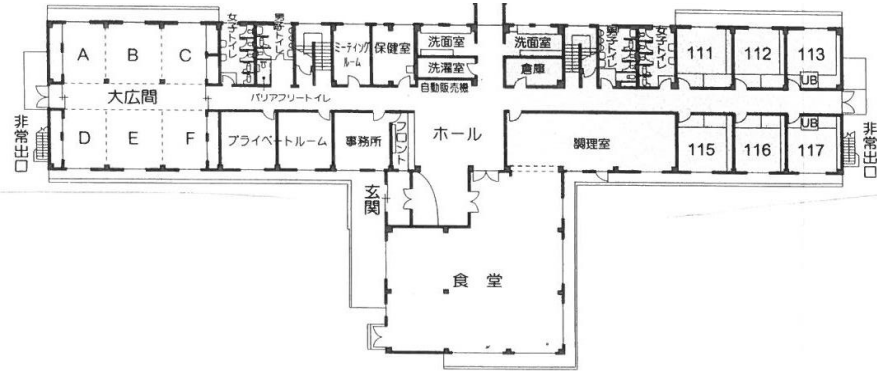
部屋番号	(例)1組男子6名	最大定数
大広間A	名	6
大広間B	名	8
大広間C	名	6
大広間D	名	6
大広間E	名	8
大広間F	名	6

合計40名様

311	名	8
312	名	8
313	名	8
315	名	8
316	名	8
317	名	10
318	名	4
319	名	4
320	名	4
321	名	4
322	名	4
323	名	4
325	名	4
326	名	4

合計82名様

1F



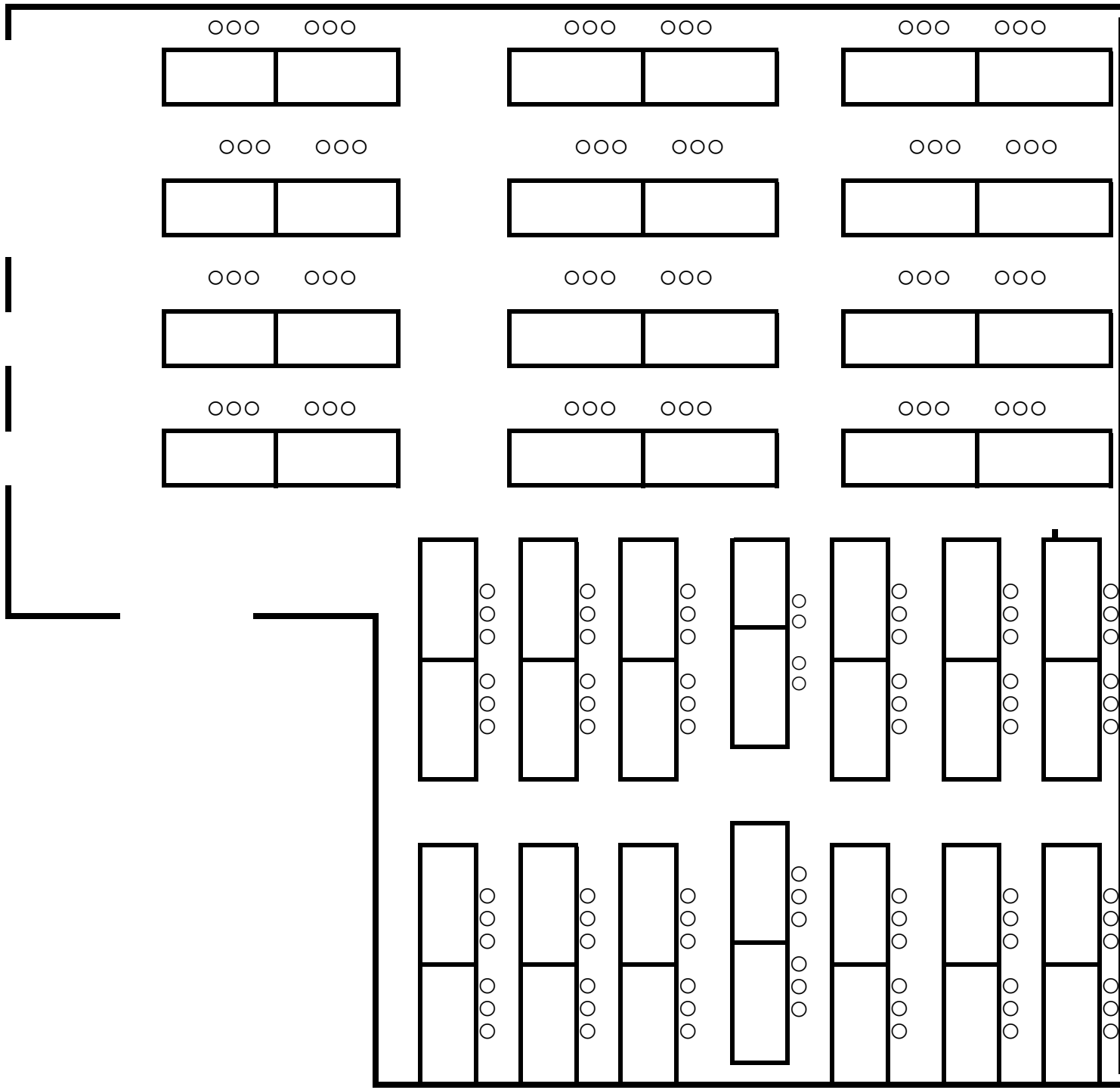
2F



- ・各部屋のご宿泊人数と性別の記入をお願い致します
(先生・乗務員・添乗員・カメラマンのお部屋割りも記入をお願い致します)
- ・その他特記事項に関しましては備考欄をご使用ください

備考

食堂座席表



アレルギー対応について

_____ 学校 日程： 年 月 日

食品アレルギーをお持ちの生徒さんがおられる場合、代替食材を使用し出来る範囲内で対応させていただきます。

項目に記入の上、マキノパークホテルに10日前までに必着にて送付をお願い致します。（FAX可）

当施設はそば・落花生は寝具を含み一切使用しておりませんが、副食でのアレルギー物質混入予防の為ご記入ください。

クラス	男女	名前	アレルギー食材 <small>該当食材に○をつけてください</small>	アレルギーレベルをご記入ください	その他の アレルギー食材	詳細
2年2組	男	《記入例》 牧野 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 卵 <input checked="" type="checkbox"/> 乳 <input checked="" type="checkbox"/> 小麦 落花生 <input type="checkbox"/> そば エビ・カニ	卵 生食不可・加熱可・成分可 乳 乳製品不可・乳成分可 小麦 完全除去（以前使用した食器も×）	果物	果物 生食不可・成分可
			<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 落花生 <input type="checkbox"/> そば エビ・カニ			
			<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 落花生 <input type="checkbox"/> そば エビ・カニ			
			<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 落花生 <input type="checkbox"/> そば エビ・カニ			
			<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 落花生 <input type="checkbox"/> そば エビ・カニ			
			<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 落花生 <input type="checkbox"/> そば エビ・カニ			
			<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 落花生 <input type="checkbox"/> そば エビ・カニ			

詳細打ち合わせをご希望の場合は別紙にご記入いただき送付後、直接調理担当者までご連絡ください ☎(0740)-28-1231

出来る限りの対応をさせていただきますが、ご自宅からレトルト食品等の持込をお願いする場合がございます。

《個人情報取り扱いについて》

記入いただいた情報は、宿泊期間中は一時的に保持いたしますが保存することはありません。宿泊終了後情報は破棄されます。

食物アレルギー事前確認調査票

記入日 年 月 日

お名前 _____

クラス _____

保護者氏名 _____

1. 医師の診断について

- ・医師の診断を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
・医師の最終診断はいつですか？ 年 月 日

2. アレルギー状況について

アレルギー該当食品	アレルギーレベルをご記入ください	該当食品を食した時に現れる症状
《記入例》卵	生食不可・加熱可・成分つなぎ可	蕁麻疹・湿疹

アナフィラキシーショックを起こした経験がありますか？

はい (年 月頃) ・ いいえ

3. アレルギー症状を起こした場合の対処法について

対処方法	
その他注意点	

4. ご家庭での食事の状況について

※該当するものに○をつけ。その他は具体的にご記入ください。

(完全除去食 ・ 体調によって除去 ・ 特に配慮はしていない)

その他 対応方法	
-------------	--

5. アレルギー症状への対応について

内服薬 () 外用薬 () その他 ()

備考	
----	--

《個人情報取り扱いについて》

御記入いただいた情報は、宿泊終了後1週間で破棄致します。