

参加申込書

受付日		番号	
-----	--	----	--

* この用紙は両面コピーして、ご兄弟やお友達にもご利用いただけます。

2019年 月 日 記入

参加事業名	日本海から太平洋へ 野宿 & 世界文化遺産・伝承文化体験の旅！		
公益財団法人 国際青少年研修協会 会長 工藤 典詮 殿			
フリガナ		生 年 月 日	
参加者氏名		西暦	年
		月	日
		性別	男・女
写 真 本人の顔がよく分かるものであれば可 (スナップ・スピード写真可)			
フリガナ			
住 所	〒(-)		
	TEL: - -	FAX: - -	
	E-mail:		
学校名		学 年	年
保護者 (緊急連絡 先)	保護者氏名		
	〒(-)		
	TEL: - -		
	FAX: - -		
	続 柄()	携 帯: - -	
出発地	盛岡・仙台・山形・福島・宇都宮・高崎 東京・静岡・名古屋・金沢・新大阪 岡山・広島・福岡・その他() * 上記以外の出発地をご希望の方は()内 にご記入下さい		帰着地 盛岡・仙台・山形・福島・宇都宮・高崎 東京・静岡・名古屋・金沢・新大阪・岡山 広島・福岡・その他() * 上記以外の帰着地をご希望の方は()内にご 記入下さい

◆ 参加のモットー ◆

1. いろいろなことにチャレンジしよう
2. なかまを大切にしよう
3. 明るくあいさつしよう
4. 自分のことは自分でしよう
5. 人のことも助けてあげよう
6. すなおな自分になろう

私(参加者) _____ は、協会のモットーを理解し、自ら進んで活動に積極的に参加することを誓います。

署名(参加者) _____

私(保護者) _____ は、事業の内容・目的を理解し(参加者) _____ がルールを守るように事前に注意をしておきます。事業参加中における緊急事態・事故・疾病などの際に必要な処置または手当等を貴協会関係者が行うことを承認いたします。また緊急の場合、私(保護者)への連絡が必要な処置・手当等の後になることも了承いたします。必要な処置・手当に関して、健康保険または協会が加入している傷害保険(疾病を除く)以外に掛かった費用につきましては、保護者がこれを負担することに同意します。

保護者氏名 _____ (印)

健康ノート

日本海から太平洋へ
野宿 & 世界文化遺産・伝承文化体験
の旅

健康保険証のコピーを貼付(カード)

※この枠内に入りきらない場合は、コピーした物をホチキスにて留めて下さい。

身長	cm	体重	kg	血液型	型
身体状況	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 弱い		乗り物酔い	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
体温	熱が... °C <input type="checkbox"/> 出やすい <input type="checkbox"/> 出にくい		脈拍	/分	
排便	1日	回	時/時頃	睡眠	寝起きが <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
生理 (女子のみ)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		ある場合	何日頃ですか? 月 日頃	
性格			趣味 特技		
本人の続柄(例:長男)			兄弟姉妹の数 (本人を含む)	人	
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(具体的な病名)		
過去にかかった 大きな病気	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(具体的な病名)		
かかりやすい症状					
過去に右記に 感染したことがある	水疱瘡	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		麻疹	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	風疹	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		1ヶ月以内にインフルエンザにかかった	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
アレルギー (食事、薬物など)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(具体的なアレルギー)		
	どのような症状(自覚症状の有無など)が起こりますか?				
	症状が出た時の対応はどうされていますか?				
身体的不自由	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(具体的に記入)		
	どのような症状ですか? 普段はどのように対応をされていますか?				
参加中に持参する 薬はありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(薬の名前(何の薬ですか?))		
	当会では、薬の服用についてはリーダーからは服用したかどうか声をかけますが、原則として薬の管理・服用については、自己管理となります。出発までに各ご家庭でお子様にお話下さい。 (引率する上で特に知っておくべき内容がありましたらお伝え下さい。)				
連絡事項 治療中の疾患等					