

# 参加申込書

受付日		NO.	
-----	--	-----	--

平成 年 月 日付

事業名

公益財団法人 国際青少年研修協会  
会長 原田 義昭 殿

- ※ 太線の枠内を記載して下さい。
- ※ 申込書・申込金が届いた時点で、申込みとなります(先着順受付)。
- ※ 参加希望事業が複数の場合、本書をコピーしてお申込み下さい。

参加者本人の顔が分かる写真を貼付  
(スナップ可)

フリガナ		生年月日	年 月 日
参加者氏名		年 齢	歳
		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ			
住所・電話・FAX	〒 -	TEL	FAX
		E-mail	@
学 校 名		学年(現在)	年
保 護 者 (緊急連絡先) 住所・氏名 電話・続柄	(上記住所と異なる場合) 〒 -	氏名	続柄( )
		TEL	FAX
			携帯電話
出発地・帰着地の希望	※1:ご希望に沿えない場合もございますので、ご了承下さい。 ※2:出発地・帰着地につきましては、原則として各地空港・新幹線駅となります。 ※3:主な出発地・帰着地と料金については、パンフレットをご覧ください。 ※4:出発地・帰着地が異なる場合の参加については、ご相談下さい。		
※事業によって異なりますので、パンフレットをご覧ください。	出発地	帰着地	
この事業をどのようにして知りましたか？	<input type="checkbox"/> 市町村広報誌 <input type="checkbox"/> 新聞( ) <input type="checkbox"/> ホームページ( ) <input type="checkbox"/> ダイレクトメール <input type="checkbox"/> 友人紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
過去に協会事業に参加したことがありますか？ ※過去事業が複数の場合、直近で参加されるもの	<input type="checkbox"/> 過去に参加したことがある(事業名 年頃) <input type="checkbox"/> 過去に参加したことはない <input type="checkbox"/> 過去に問い合わせたことがある		
事業の中で撮影した記録写真を、広報や成果物等で公開しますが、使用を認めない場合は、お知らせ下さい。 未記入は許可頂いたものとして取り扱います。	写真の使用を	<input type="checkbox"/> 許可する	<input type="checkbox"/> 許可しない

## 【参加のモットー】

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1. いろいろな事にチャレンジしよう | 4. 自分のことは自分でしよう |
| 2. なかまを大切にしよう      | 5. 人のことは助けてあげよう |
| 3. あかるくあいさつをしよう    | 6. すなおな自分になろう   |

私(参加者)は参加するにあたり、以上のモットーを守ります。又、私(保護者)は参加に際し、貴会の趣旨に賛同し、参加のモットーにある事項について、参加者がよく守るように事前に指導を致します。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・手当ては、貴会関係者に委任いたします。ルールや指示を守れず、プログラム実施に支障をきたすと判断された場合、参加者がプログラムを中断し出迎えることを了承いたします。

参加者署名

保護者署名

印

# 健康ノート

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	℃ <input type="checkbox"/> 熱が出やすい		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・いつ使用するか・使用方法		
連絡事項 治療中の疾患等	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。				