

第1回

イングリッシュ・キャンプ in 白馬 参加申込書

受付日		NO.	
-----	--	-----	--

平成 年 月 日記入

公益財団法人 国際青少年研修協会
会長 原田 義昭 殿

- ※ 申込先着順に受付いたします。
- ※ 本会に参加申込書が届いた時点で、正式申込となります。
- ※ 太線の枠内を完全に記載してください。
- ※ メールアドレスは、お申し込み後の資料や、事業報告書などをお送りいたしますので、ご自宅にパソコンをお持ちの方は、ご記入をお願い致します。

参加者の写真

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				生年月日
参加者氏名				年 月 日(歳)
	性別	男 ・ 女		
フリガナ				
現住所	〒			
	TEL	FAX		
	E-mail			
学校名			学年 (現在)	
保護者 (緊急連絡先) 住所・氏名 電話・続柄	〒			
	TEL	FAX		
	携帯電話			
	氏名	続柄()		
希望出発地 (○をつけて下さい)	秋田駅・新青森駅・盛岡駅・仙台駅・福島駅・山形駅・高崎駅・宇都宮駅・東京駅・新潟駅 金沢駅・長野駅・静岡駅・名古屋駅・京都駅・新大阪駅・新神戸駅・岡山駅・広島 博多駅・現地	その他 希望出発地		
希望帰着地 (○をつけて下さい)	秋田駅・新青森駅・盛岡駅・仙台駅・福島駅・山形駅・高崎駅・宇都宮駅・東京駅・新潟駅 金沢駅・長野駅・静岡駅・名古屋駅・京都駅・新大阪駅・新神戸駅・岡山駅・広島 博多駅・現地	その他 希望帰着地		
この事業をどのようにして知りましたか		過去に協会事業に参加したことがありますか？		
①市町村広報誌 ②()新聞 ③本会ホームページ ④(兄弟・姉妹)過去参加 ⑤友人紹介()さん ⑥その他()		有・無	事業名(参加年度も記入)	
撮影した写真をホームページ・成果物等で公開させて頂いておりますが、許可いただけない場合は、お知らせください。未記入の場合は許可頂いた物として取り扱わせて頂きます。		許可する ・ 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。

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	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	プログラム参加中の場合、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・動物・薬物など)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(具体的なアレルギー)		
	どの様な症状(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					