

受付日	NO.
-----	-----

平成 年 月 日付

月例事業(食育体験活動) 参加申込書

公益財団法人 国際青少年研修協会
会長 原田 義昭 殿

- ※ 先着順受付となります。
- ※ 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。

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			性別	□男 □女		
フリガナ						
住所・電話・FAX	〒 -		TEL FAX			
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・帰着地 (○をつけてください) <small>※右記以外、又は発着地が異なる方は下欄へご記入ください</small>	JR新宿駅 ・ JR大宮駅 ・ JR宇都宮駅 ・ 現地集合					
上記以外の発着地、または、発・着が別の場合	(ご希望に沿えない場合もございますので、ご了承ください)					
	出発		帰着			

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？ <small>※過去事業が複数の場合、直近で参加されたもの</small>	<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		
本会が撮影した写真を、事業報告書や本会の広報、または本会が承認した団体の広報や成果物等に使用することがあります。使用についての可否を、お知らせください。 <small>※許可されない場合、写真に写らないよう致します。</small>	写真の使用を	<input type="checkbox"/> 許可する <input type="checkbox"/> 許可しない <small>※未記入は許可されたものとして取り扱います。</small>	

【参加のモットー】

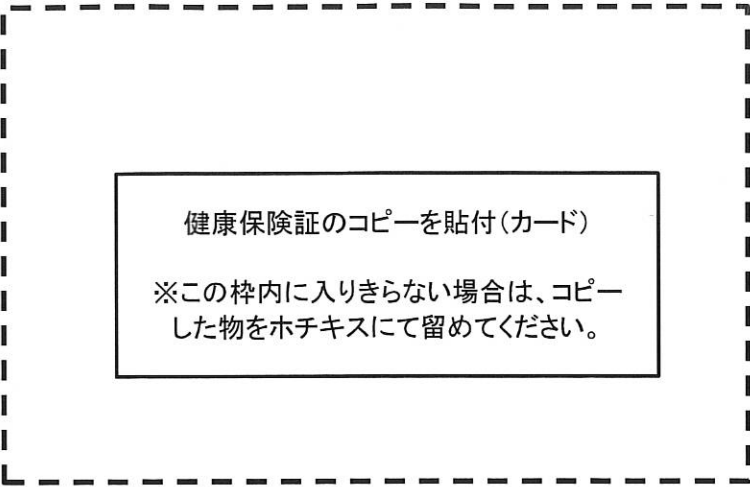
1. いろいろな事にチャレンジしよう
2. なかまを大切にしよう
3. あかるくあいさつをしよう
4. 自分のことは自分でしよう
5. 人のことは助けてあげよう
6. すなおな自分になろう

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。別紙パンフレットの参加要項を了解し、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



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	<small>熱が...</small> °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)			
※食物アレルギーについては、加熱・非加熱や、生産ラインなど、特筆すべきことも書いてください。	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してください。					
連絡事項 治療中の疾患等						