

親子登山『安全で楽しい山歩き』参加確認書

参加者情報	ふりがな		登山歴 ・初めて ・年目 ・過去に 経験あり	学年		性別	男・女
	氏名			生年月日 年齢	西暦	年	月
	ふりがな		登山歴 ・初めて ・年目 ・過去に 経験あり	学年		性別	男・女
	氏名			生年月日 年齢	西暦	年	月
	ふりがな		登山歴 ・初めて ・年目 ・過去に 経験あり	学年		性別	男・女
	氏名			生年月日 年齢	西暦	年	月
	ふりがな		登山歴 ・初めて ・年目 ・過去に 経験あり	学年		性別	男・女
	氏名			生年月日 年齢	西暦	年	月
	ふりがな		登山歴 ・初めて ・年目 ・過去に 経験あり	学年		性別	男・女
	氏名			生年月日 年齢	西暦	年	月
自宅住所	〒						
日中繋がる 携帯電話	-						
上記以外の 緊急連絡先	- 【続柄:           】						

健康調査	大きな病気やケガをしたことがありますか？ ない / ある ⇒ 氏名・年月・部位・回数
	現在治療中の病気や怪我がありますか？ ない / ある ⇒ 氏名・部位・病院名と電話番号
	現在内服している薬がありますか？ ない / ある ⇒ 氏名・薬品名・回数・量
	服用できない薬がありますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に
	湿疹・喘息等ご心配な方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に
	アレルギー[食べ物・動植物]がありますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に
	◆スタッフに対し、希望されることや、気を付けて欲しいことはありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に ※トイレ、身辺整理、食事の量や偏食、宿泊、集団行動などの生活面、キャンプで期待していることなど

その他	当日の集合場所、飯能市民会館駐車場までの交通手段はどちらですか？ (当日の交通手段) 電車・バス等 / 自家用車
	過去に名栗げんきプラザの主催事業へ参加したことがありますか？ ある / ない ⇒ 事業名
	毎月配信中の「メールマガジン」へ登録することができます。ご希望の方は、下記にメールアドレスをご記入ください。

『参加確認書』は、5月6日(金)までに記入いただき、ご提出ください。

『アレルギー個別対応申込書』は必要な場合のみ、上記期日までに記入いただき、ご提出ください。

※この用紙に記載いただいた個人情報、アレルギー情報管理やプログラム運営のために使用いたします。個人情報をお客様の同意を得ずに第三者へ提供、開示等することは一切いたしません。

※事業のご案内等を、お客様に送付させていただく場合がございます。不要な方は、下記チェックボックスへチェックを入れてください。

事業のご案内等の送付を希望しません。

お問い合わせ・参加資料送付先  
埼玉県立名栗げんきプラザ(担当:町田)  
〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2  
TEL:042-979-1011 FAX:042-979-1013  
MAIL:naguri@tokyu-com.co.jp

# アレルギー個別対応申込・回答書

取り扱い注意

アレルギー対応をご希望の場合は、必要事項をご記入の上、**5月6日(金)**までに提出してください。  
 ※アレルギー以外で食事制限のある方(病気の治療・宗教上の理由等)も、こちらのシートをご提出ください。  
 ※提出は参加確認書・同意書と同様に名栗げんきプラザへご提出ください。

- ・対応については、単純に除去するだけでなく、代替食での個別対応を基本原則とします。しかしながら、以下の点につきましてはご了承の上、お申し込みをお願いいたします。
- ・掲載情報は、アレルギー症状を発症しないことを確実に保証するものではありません。ご注文にあたっては、ご利用者様による最終的な判断をお願いいたします。
- ・他のメニューと同一の厨房で調理しているため、加工または調理の過程において、微量のアレルギー物質が混入する可能性があります。
- ・調理、洗浄機などについても、他のものと共通のものを使用しています。

主催事業名	5/22 親子登山	事業担当者	町田 淳
-------	-----------	-------	------

ふりがな		回答連絡先 携帯電話番号	
氏名		回答 FAX または メールアドレス	

<b>アナフィラキシーショックの確認</b>  できる限り詳しい状況を 「摂取した時に現れる症状」欄にご記入ください。	<input type="checkbox"/> 起こす	<input type="checkbox"/> 食事一式持込みます
		<input type="checkbox"/> 代替食を希望します
	<input type="checkbox"/> 起こさない	<input type="checkbox"/> 代替食を希望します
		<input type="checkbox"/> 通常メニューで提供

アレルギー原因食材	摂取した時に現れる症状	症状:
直近の発症日	年 月 日頃	<input type="checkbox"/> 常にエピペンを持ち歩いている <input type="checkbox"/> 微量のコンタミネーションでも症状が出る <input type="checkbox"/> 外食したことがない <input type="checkbox"/> 給食では弁当を持ち込んでいる <input type="checkbox"/> その他( )
かかりつけの病院	普段の対応	
病院の電話番号		

利用中のメニューでアレルギーに該当するもの	回答(食堂記入)
月日	メニュー
4月5日	A:卵焼き

※回答内容の承諾      ご署名:      食堂担当責任者:高木康博

----- 以下記入不要 -----

食事	夕食	朝食	昼食		団体送信	事務所確認
受取者						