**『全4回　名栗の森レンジャー　』参加確認書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加者情報** | ふりがな |  | 学年 |  | 性別 | | 男　・　女 | | |
| 氏名 |  | 生年月日  年齢 | 西暦　　　　年　　　月　　　日(　　 　歳) | | | | | |
| ふりがな |  | 学年 |  | 性別 | | | 男　・　女 | |
| 氏名 |  | 生年月日  年齢 | 西暦　　　　年　　　月　　　日(　 　　歳) | | | | | |
| ふりがな |  | 学年 |  | 性別 | | | 男　・　女 | |
| 氏名 |  | 生年月日  年齢 | 西暦　　　　年　　　月　　　日(　　　 歳) | | | | | |
| ふりがな |  | 学年 |  | 性別 | | | 男　・　女 | |
| 氏名 |  | 生年月日  年齢 | 西暦　　　　年　　　月　　　日(　　　 歳) | | | | | |
| ふりがな |  | 学年 |  | | 性別 | | | 男　・　女 |
| 氏名 |  | 生年月日  年齢 | 西暦　　　　年　　　月　　　日(　　　 歳) | | | | | |
| 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る方はいますか？  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る方はいますか？  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る方はいますか？  ない　／　ある　⇒　氏名・薬品名・回数・量 |
| 服用できない薬がある方はいますか？  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〕がある方はいますか？  　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** | 名栗げんきプラザまでの交通手段はどちらですか？※電車の方は、必ず手引き(総合)の4交通案内をご確認ください。  交通手段）　　往路：　自家用車　／　電車　　　　　　その他： |
| 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、4月21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は、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。

**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：栗原未樹）

〒357-0111飯能市上名栗1289-2

TEL：042-979-1011　FAX：042-979-1013

MAIL：naguri@tokyu-com.co.jp

※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。

□事業の案内等の送付を希望しません。

アレルギー個別対応申込・回答書　　　　　　　　取り扱い注意

食物アレルギーのある方は、必要事項をご記入の上、**4月21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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主催事業名 | 名栗の森レンジャー | 事業担当者 | 栗原未樹 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| アナフィラキシーショックの確認  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。 | ☐　起こす |
|
| ☐　起こさない |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 普段の対応 | ☐ | 常にエピペンを持ち歩いている  □自分で打てる　　□自分で打てない |
| かかりつけの  病院 |  | ☐ | 微量のコンタミネーションでも症状が出る |
| ☐ | 外食したことがない |
| 病院の  電話番号 |  | ☐ | 給食では弁当を持ち込んでいる |
| ☐ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※この用紙に記載いただいた個人情報は、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。