

5/28～29『みんなの秘密基地キャンプ～力を合わせて自分達だけの基地を完成させよう!～』

参加確認書

参加者情報	氏名			ふりがな		
	生年月日 年齢	西暦	年 月 日(歳)	学年	性別	男・女
	自宅住所	〒				
	保護者氏名	【続柄: 父・母・その他()】				
	日中繋がる 携帯電話	-	-	【続柄: 父・母・その他()】		
	上記以外の 緊急連絡先	-	-	【続柄: 父・母・その他()】		

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 ⇒ 年月・部位・回数						
	現在治療中の病気や怪我はありますか？ ない / ある ⇒ 部位・病院名と電話番号						
	現在内服している薬はありますか？ ない / ある ⇒ 薬品名・回数・量						
	服用できない薬はありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に						
	湿疹・喘息等ご心配なことはありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に						
	アレルギー〔食べ物・動植物〕はありますか？ある場合は、下記項目に○もしくはその他にご記入ください ない / ある ⇒ 卵・乳製品・小麦・そば・落花生・エビ・カニ・その他()						
	身長	cm	体重	kg	平常体温	度	血液型
◆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	当日の名栗げんきプラザまでの交通手段はどちらですか？ (当日の交通手段) 自家用車 / 電車					
	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？ ない / ある ⇒ 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12日(木)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。

※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:大瀧)
〒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12日(木)**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	5/28-29 みんなの秘密基地キャンプ	事業担当者	大瀧 裕基子
-------	----------------------	-------	--------

ふりがな (必須)		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	

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。	<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	普段の対応	<input type="checkbox"/> 常にエピペンを持ち歩いている
かかりつけの 病院			<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
病院の 電話番号			<input type="checkbox"/> 給食では弁当を持ち込んでいる
			<input type="checkbox"/> その他()

利用中のメニューでアレルギーに該当するもの		特記事項
月日	メニュー	例) 卵は火が通っていれば問題ない
例) 4月5日朝	例) A: 卵焼き	

※書類提出後、食堂担当者よりアレルギー対応確認の連絡があります。
食堂からの回答内容を確認後、保護者の方がサインをし、名栗げんきプラザに再度ご提出ください。