**親子防災キャンプ　　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** | 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？　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、９月３０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：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

※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

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、**９月３０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 | 10/22～23　親子防災キャンプ | 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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | ☐　食事一式持込みます |
| ☐　代替食を希望します |
| ☐　起こさない | ☐　代替食を希望します |
| ☐　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 | ☐ | 常にエピペンを持ち歩いている |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 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：以下記入不要 |  | 食堂担当責任者：高木康博 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事 | 夕食 | 朝食 | 昼食 |  | 団体送信 | 事務所確認 |
|  |  |  |  |  |  |
| 受取者 |  |  |  |  |