

『6/28 ボランティアスタッフ研修①』参加確認書

参加者情報	氏名		ふりがな	
	生年月日 当日の年齢	西暦	年 月 日( 歳)	性別
	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: 氏名: 】

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( )
ここ1年の体験活動の経験をお聞きます。該当するものに○をしてください ボランティア活動への参加頻度について教えてください。 ①1回/月 ②1回/2~3か月 ③1回/半年 ④1回/年 ⑤その他( )	
◆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	

その他	当日の【名栗河川広場】までの交通手段はどちらですか？ ※電車の方は必ず手引き内の「交通案内」をご確認ください。交通手段：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

『参加確認書』は、6月18日(水)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せずに第三者へ提供、開示等することは一切いたしません。

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。  
ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。

送信先アドレス:

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:岩田)  
 〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2  
 TEL:042-979-1011 FAX:042-979-1013  
 MAIL:naquri@tokvu-com.co.jp