

参加確認書 星空ウオッチング



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)		
	自宅住所	〒					
	自宅 TEL/FAX	TEL( ) - /FAX( ) -					
	日中繋がる 携帯電話	- -					
	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。

別紙、『参加同意書』をお読みいただき、1月6日(金)までにご提出ください。

※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: 濱中・藤井)

〒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、1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	星空ウオッチング	事業担当者	濱中崇史
-------	----------	-------	------

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	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
病院の 電話番号			<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( )

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	

※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					