**『ルアートラウトフィッシングを始めよう』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) | 性別 | | 男　　・　　女 |
| 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、下記項目に〇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（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 釣りや体験活動の経験をお聞きします。該当するものに○をしてください  1）魚釣りの経験はありますか？　ない　／　 ある　／　1年以上前にはある  ⇒頻度は？　毎月1回以上　・　2～3か月に1回くらい　・　半年に1回くらい　・　1年に1回くらい  ⇒経験ある方にお聞きします。ルアーフィッシングをやったことがありますか？（　　ある　　　　無い　　　）  ２）30分程度の運動（ウォーキング、ジョギング、水泳など）はしていますか？　ない　／　ある　／　1年以上前にはある  ⇒頻度は？　週5日以上　・　週3日程度　・　週1日程度　・　月に数日程度 |
| **◆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、11月11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：山﨑）

〒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、**11月11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 | 12/4　ルアートラウトフィッシングを始めよう | 事業担当者 | 山﨑　嘉久 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |