

『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
	自宅住所	〒		
	日中繋がる 携帯電話	-	-	男 ・ 女
	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( )
	釣りや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 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、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: 山崎)  
 〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2  
 TEL: 042-979-1011 FAX: 042-979-1013  
 MAIL: naquri@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、**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	山崎 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	

<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
4月5日	A:卵焼き

※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					