

わくわく未来事業『秋の名栗でアウトドア体験』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2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: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

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、**〇月〇日(△)**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	12/2～3 小学生キャンプ	事業担当者	名栗 太郎
-------	----------------	-------	-------

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。	<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	<input type="checkbox"/> 常にエピペンを持ち歩いている <input type="checkbox"/> 微量のコンタミネーションでも症状が出る <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()
かかりつけの病院	普段の対応	
病院の電話番号		

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						