



3/7~8 いきいき体験活動事業② ~天体クラフトと炊き込みご飯~

参加確認書

R7.親子事業

参 加 者 情 報	ふりがな		学年		性別	男・女	
	氏名		生年月日 当日の年齢	西暦	年	月	日(歳)
	ふりがな		学年		性別	男・女	
	氏名		生年月日 当日の年齢	西暦	年	月	日(歳)
	ふりがな		学年		性別	男・女	
	氏名		生年月日 当日の年齢	西暦	年	月	日(歳)
	ふりがな		学年		性別	男・女	
	氏名		生年月日 当日の年齢	西暦	年	月	日(歳)
	ふりがな		学年		性別	男・女	
	氏名		生年月日 当日の年齢	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?※電車の方は、必ず手引きの6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、2月13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。

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:栗原)  
〒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、2月13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、代替食での個別対応を基本原則としますが、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。

日程 事業名	いきいき体験活動事業②	担当者名	栗原 義敬
-----------	-------------	------	-------

ふりがな		年齢	歳	学年	年生
該当者氏名		連絡先	携帯電話番号		
			FAX または メールアドレス		
アレルギー 原因食材		摂取した時に 現れる症状	症状:		
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		

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場合	
			<input type="checkbox"/> 自分で打てる	<input type="checkbox"/> 自分で打てない
			※自分で打てない場合: 名栗げんきプラザ職員が打っても良いか	
			<input type="checkbox"/> はい→サイン:	<input type="checkbox"/> いいえ→対応方法( )
			<input type="checkbox"/> 微量のコンタミネーションでも症状が出る	
かかりつけの 病院		<input type="checkbox"/> 外食したことがない		
病院の 電話番号		<input type="checkbox"/> 給食では弁当を持ち込んでいる		
		<input type="checkbox"/> その他( )		

事業中のメニューでアレルギーに該当するもの ※参加の手引き参照	特記事項	
月日	メニュー	例)卵は火が通っていれば問題ない
例)4月5日朝	例)A:卵焼き	

※書類提出後、食堂担当者よりアレルギー対応確認の連絡があります。

食堂からの回答内容を確認後、保護者の方がサインをし、名栗げんきプラザに再度ご提出ください。