**『10/18　ボランティアスタッフ研修②』参加確認書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加者情報** | 氏名 |  | ふりがな |  |
| 生年月日  当日の年齢 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| ここ1年の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  ボランティア活動への参加頻度について教えてください。  ①１回/月　　　②1回/2～3か月　　③1回/半年　　④1回/年　　⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **◆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？　※電車の方は必ず手引き内の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、10月13日(月祝)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：**岩田**）

〒357-0111飯能市上名栗1289-2

TEL：042-979-1011　FAX：042-979-1013

MAIL：naguri@tokyu-com.co.jp

|  |
| --- |
| 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： |

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、**10月13日(月祝)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 | 10/18～ボランティア研修② 火起こし編 | 担当者名 | 岩田　祐樹 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  □自分で打てる  □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  □はい→サイン：  □いいえ→対応方法（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。