**『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。