『月・土星の観望とうどん作り』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 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

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。
ご希望の方は右の QR コードから登録をお願いします。
※「個人情報の取り扱いについて」を確認後、「同意する」を
クリックすると、登録画面に進めます。

『参加確認書』は、１１月５日(木)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。

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、川村）
〒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、**11月5日(木)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	「月・土星の観望とうどん作り」	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 □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。