

『5/23～24 親子 100 人キャンプ』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 _____
	ランタン(テント泊の方のみ)・寝袋(テント・バンガロー泊の方のみ)の貸出希望についてご記入ください。 【ランタンの貸し出しを希望する】・【貸出寝袋を希望する    個】
	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。 ※メールマガジンは、める配くんシステムを利用しています。送信先アドレス: _____

『参加確認書』は、4月30(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:川村)  
〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2  
TEL:042-979-1011 FAX:042-979-1013  
MAIL:naquri@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、**4月30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	5/23～24 親子 100 人キャンプ	担当者名	川村
-----------	----------------------	------	----

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:	

<b>アナフィラキシーショックの確認</b>  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

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( )
かかりつけの病院			<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
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																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">月日</th> <th style="width: 60%;">メニュー</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow;">例) 4月5日朝</td> <td style="background-color: yellow;">例) A: 卵焼き</td> <td style="background-color: yellow;">例) 卵は火が通っていれば問題ない</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	月日	メニュー		例) 4月5日朝	例) A: 卵焼き	例) 卵は火が通っていれば問題ない																
月日	メニュー																					
例) 4月5日朝	例) A: 卵焼き	例) 卵は火が通っていれば問題ない																				

※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。