

9/26 いきいき体験活動事業①『お昼に楽しむ月見デイキャンプ』参加確認書

参加者情報	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦 年 月 日(歳・年生)		
	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦 年 月 日(歳・年生)		
	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦 年 月 日(歳・年生)		
	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦 年 月 日(歳・年生)		
	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦 年 月 日(歳・年生)		
自宅住所	〒					
日中繋がる 携帯電話	- -					
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りますか？ 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
	障がい[肢体・知的]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、**9月3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:川村)
〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2
TEL:042-979-1011 FAX:042-979-1013
MAIL:naauri@tokvu-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、**9月3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	9/26 いきいき体験活動① お昼に楽しむ月見ディキャンプ	担当者名	川村 亮太郎
-----------	----------------------------------	------	--------

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。