

『6/13-14 親子釣り教室 釣ってさばいてくん製づくり』参加確認書

宿泊場所に○をしてください： バンガロー泊 or テント泊 ※宿泊場所は当選連絡時に伝えています。

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	今回の事業は「有間渓谷観光釣り場」集合、移動して名栗げんきプラザとなります。 公共交通機関がありませんので、お車での参加が必須となります。
	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、5月21(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: 山崎・鷺山)
〒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、**5月21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	6/13~14 親子釣り教室 釣ってさばいてくん 製づくり	担当者名	山崎・鷺山
-----------	----------------------------------	------	-------

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。	<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
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> <td style="width: 20%;">月日</td> <td style="width: 60%;">メニュー</td> <td rowspan="6" style="width: 20%; vertical-align: top;"> 例)卵は火が通っていれば問題ない </td> </tr> <tr> <td>例)4月5日朝</td> <td>例)A:卵焼き</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	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								
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。