

参加申込書(表)

※事務局記入欄

T : N : O

帽子 ・ 手引き /

活動案内パンフレットまたはWEBページ記載の活動理念、指導方針及び参加申込についての注意事項をよくお読みいただき、ご理解・ご了承の上、お申込みください。

| | | | | | | | | | |
|------------|--|--|-------|--------------|----------------------|----------------|-----|------------|--|
| 参加者 | ふりがな | | | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | |
| | 参加者氏名 | 姓 | 名 | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 | | |
| | ローマ字表記 | ※へボン式。パスポートと同等の表記をお願いします。 | | | 学校名 | | | | |
| | 事前オリエンテーション | 会場参加 ・ オンライン参加 | | 学年 | 中 ・ 高 ・ 大 ・ 他 () 年 | | | | |
| | 参加用帽子 | ※会指定のバードビルキャップ モンベル社製 (2,310 円) | | 持っている ・ 購入する | 冊子「参加の手引き」 | 持っている ・ 持っていない | | | |
| | 参加経験 | 育てる会 : 有 () 回 ・ 無 / 他団体 : 有 () 回 ・ 無 | | | | | | | |
| | パスポート | <input type="checkbox"/> 取得している | | 有効期限 | (西暦 | 年 | 月 | 日) | |
| | <input type="checkbox"/> 取得していない ・ 申請中 | | 取得予定日 | (西暦 | 年 | 月 | 日) | | |
| 保護者 | ふりがな | | | 会員区分 | 正会員 ・ 一般 | | | | |
| | 保護者氏名 | | | | | | | | |
| 住所・連絡先 | 住所 | 〒 - | | | | | | | |
| | 連絡先 | TEL | - | - | 緊急 TEL (父・母・その他 []) | - | - | | |
| | | FAX | - | - | 緊急 TEL (父・母・その他 []) | - | - | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | |
| 書類送付先 | ※書類送付先が上記住所と異なる場合は、こちらにご記入ください。 | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | 宛名 | | | |
| 健康状態・身体の様子 | 身長 | cm | 体重 | kg | 平熱 | °C | 血液型 | [] 型 ・ 不明 | |
| | 体質的特徴 | 風邪をひきやすい ・ 高熱を出しやすい ・ 下痢をしやすい ・ 便秘をしやすい | | | | | | | |
| | 既往症 | てんかん | 歳 | 熱性けいれん | 歳 | 喘息 | 歳 | | |
| | 対処方法 | 発熱時 (熱が °C 以上になったら、) | | | | | | | |
| | | 風邪の症状がでた時 (医者につれていく ・ 市販薬を飲ませる ・ その他 []) | | | | | | | |
| | 食べ物の好き嫌い | 無 ・ 有 (具体的に:) | | | | | | | |
| | 夜尿 | 無 ・ 有 (頻度など具体的に:) | | | | | | | |
| | 手術 | 無 ・ 有 (いつ: 部位:) | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | |
| その他 | 要望など | | | | | | | | |

本枠内のみご記入ください。また、選択箇所は当てはまるところを○で囲んでください。

裏面もご記入ください

参加申込書(裏)

ふりがな
氏名

| | | | | | | | | |
|----------|--|------------------------------|---|--|----------------------|--|---------------------|--|
| アレルギー疾患 | アレルギー疾患がありますか 「ある」と答えた場合のみ、以下もご記入ください | | ある ・ ない | | アレルギー疾患の 参加者自身の自覚 | | ある ・ ない | |
| | 疾患名 | | 気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ 食物アレルギー その他() | | | | | |
| | アレルギー の原因 | | ダニ ・ ハウスダスト ・ ベットのフケや毛など ・ 花粉 ・ カビ ・ 蜂毒 ・ 食物(原因食物は下記に記入) ラテックス(天然ゴム) ・ 金属 ・ その他() | | | | | |
| | 食物アレルギーの原因食物 | | | | | | | |
| | 医師の診断 | | ある ・ ない | | 症状の程度 | | 軽い ・ 重い ・ 不明 | |
| | アナフィラキシーの 経験 | | ※全身性の急性アレルギー反応で、急激 な症状悪化となる重篤なアレルギー反応 ある ・ ない | | アナフィラキシー の原因 | | 経験のある方で、原因がわかる場合は記入 | |
| | アレルギーに対する 薬を持参しますか | | しない ・ する(薬剤名:) 「する」方は、参加者自身で管理および使用ができますか : はい ・ いいえ | | | | | |
| | 症状の様子 | | アレルギー症状はどのようなものですか | | | | | |
| その他・要望など | | 食物アレルギーでの除去食がある場合は、必ずご記入ください | | | | | | |

◎この個人情報は「日タイ青少年国際交流プログラム2024」の参考資料としてのみ使用し、保管・管理を徹底し、それ以外には流用いたしません。

お申込み方法

メール添付 so_mu@sodateru.or.jp

郵送 〒180-0006 東京都武蔵野市中町 1-6-7-5F

FAX 0422-56-0351