

『チャレンジキャンプ』 参加申込書

参加者情報	ふりがな				生年月日 年齢	西暦	年	性別
	参加者名					月	日生 (歳)	男 ・ 女
	身長	cm	体重	kg	学校名 学年	市立・町立	学校	年生
	住所	〒 電話 () - / FAX () - メールアドレス ()						
	保護者氏名 日中繋がる連絡先	氏名： (続柄) / 携帯 - -						
	緊急連絡先	氏名： (続柄) / 携帯 - -						
健康状態	<p>*参加される方の健康状態について教えてください。</p> <p>●体質について (あてはまる項目を○で囲んでください)</p> <p>・乗り物に酔いやすい ・かぜをひきやすい ・おなかをこわしやすい ・熱を出しやすい ・頭が痛くなりやすい</p> <p>・鼻血が出やすい ・疲れやすい ・貧血をおこしやすい ・便秘しやすい ・傷が膿みやすい</p> <p>・ぜんそくぎみである ・夜尿症である ・その他 ()</p> <p>●アレルギー症状について</p> <p>・ある方は、具体的な内容をご記入下さい。(例：食べ物、動物、薬、環境の変化など)</p> <p>[]</p> <p>●既往症について (例： 2013年7月(6歳時)：左上腕骨骨折(現在完治、運動制限なし)</p> <p>[]</p> <p>●その他、気になる点について</p> <p>[]</p>							
その他	交通手段	【行】 車・電車/バス お見送りの方 () / 【帰】 車・電車/バス お迎えの方 ()						
	情報入手元	・HP ・チラシ ・当施設からのDM ・彩の国だより ・知人の紹介 ・その他 ()						
	オンライン アルバム 掲載に関する確認	<p>今回の写真を「3ODAYSオンラインアルバム及び広報」に掲載することを 承諾します ・ 承諾しません</p> <p>(当日ご提出いただく「オンラインアルバム写真掲載・写真の広報利用に関する同意書」と同じ方に来るをつけて下さい。 3ODAYSオンラインアルバムはパスワードを入力することで今回の参加者のみが閲覧することができるWEBサービスです)</p>						
	参加歴	過去に参加した神川げんきプラザの主催事業 (年 月 事業名)						
	参加の動機	・本人の意思で ・保護者のすすめで ・知人のすすめで ・その他 ()						
	一緒に 申込んでいる人	・いない ・いる(名前)						
	事業案内について	事業のご案内等の送付を <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません						
*参加にあたり、当方が留意する点・要望などがございましたら、ご記入ください。								

8月31日(木)までにFAX、メールまたは郵送でご提出ください。

※メールにて提出される方は、件名に「アドベンチャーキャンプ」とご記入ください。

※ご提供いただいた個人情報は、キャンプ・イベント情報のご案内、お申し込みいただいた催事企画の運営のために利用し、同意なく運営上の業務委託先以外の第三者に開示・提供いたしません。

※個人情報の取り扱いについては、HP (<http://kamikawa-genki.com/inquiry.html>) をご覧ください。なお、当該催事にご参加活動中の写真を当グループ・埼玉県・当施設のパンフレットやホームページなどで使用させていただく場合がございます。これらの写真については、催事企画の広報活動、報告書以外の用途に使用することは一切ございませんので、予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

◆埼玉県立神川げんきプラザ◆
〒367-0234
埼玉県児玉郡神川町池田756
TEL:0495-77-3442 FAX:0495-77-4907

アレルギー食申込書（保護者記入）

◆小麦・卵・乳製品のみに対応◆

- ・本用紙（保護者記入）を8月31日(木)までにご提出ください。
 - ・提出期限を過ぎてのお申込みは、お受けすることができない場合もございますのでご了承ください。
- ※個人情報のため取扱いにはご注意ください。

利用日	9月16日(土)～9月18日(月)		
主催名	チャレンジキャンプ		
対象者氏名	ふりがな		
	保護者名	続柄	
連絡先	★日中取れる連絡先	—	—
	FAX受信可能な連絡先（ある方のみ）	—	—
	9時～17時の間で 連絡が取りやすい時間帯	① ②	: : ~ ~ : : 頃 頃

- ・下記食品のみ、受付を致します。
- ・食材のみを変更致します。揚げ油、調味料、調理器具は同じ物を使用致します。
- ・その他のアレルギーについては、成分表を提示・提供しますので、ご検討ください。

該当食品には <input checked="" type="checkbox"/>	原因食品	給食はどうされているか、原因食品摂取時の症状および特記事項（必ず記入してください）
<input type="checkbox"/>	小麦	
<input type="checkbox"/>	卵	
<input type="checkbox"/>	乳製品	
<input type="checkbox"/>	その他 ※上記3種 以外のアレル ゲンがあれば	
★アナフィラキシーショックの確認（ <input checked="" type="checkbox"/> してください）		
<input type="checkbox"/> 起こす	<input type="checkbox"/> 食事一式持ち込みます。	
	<input type="checkbox"/> 代替食を希望します。	
<input type="checkbox"/> 起こさない	<input type="checkbox"/> 食事一式持ち込みます。	
	<input type="checkbox"/> 代替食を希望します。	

該当する食事がある場合のみ、食堂会社【神保吉平商店】もしくは、
【神川げんきプラザ】から対応に関してお電話させていただきます。

株式会社神保吉平商店 電話番号 048-571-0158
埼玉県立神川げんきプラザ 電話番号 0495-77-3442