

## 参加者調書

平成27年 月 日

参加校種	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校			
参加者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	平成 年 月 日
保護者	フリガナ		続柄	
	氏名			
現住所	〒 _____ 日中連絡先 TEL: (        ) 夜間連絡先 TEL: (        )			

※個人情報の取り扱いについて

事業関係者は、個人情報の保護に関する法律を順守し、個人情報の適正な取り扱いと保護を努めます。

参加者より提供された情報は、今回の研修のみで使用し、その他の使用及び第三者への提供、開示等は一切いたしません。

参加されるお子様について、下記の項目に☑と必要事項をご記入ください。  
(必ず保護者の方がご記入ください)

1 食物アレルギーはありますか。“はい”とお答えいただいた方は、下記に食物名をお書きください。

はい いいえ

アレルギーのある食物名

2 薬アレルギーはありますか。また、ある場合には薬の名前を下記にご記入ください。

はい いいえ

薬の名前

3 現在持病をお持ちですか。“はい”にチェックした方は具体的に下記に病名をご記入ください。

はい いいえ

病名

※持病をお持ちの方は、必ず事前にかかりつけのお医者様へ相談のうえ、常備薬を必ず持参ください。

4 常用しているお薬はありますか。“はい”にチェックした方は下記に薬の名前をご記入ください。

また、医師からの薬の服用の指示がある場合は下記にご記入ください。

はい いいえ

薬の名前

医師からの指示

5 活動している様子を記録させていただくことに同意をお願いします。

参加者への集合写真配布や広報活動等で使用いたします。当事業に係る事以外には使用いたしません。

※特段の事情がない限り、活動記録の同意をお願いします。

同意する 同意しない

6 上記以外に気になる点がありましたら、下記にご記入ください。