

参加カード(曾爾ウインターキャンプ)

※必ず保護者の方がご記入ください		記入日	平成	年	月	日
ふりがな		性別	生年月日	平成	年	月 日 満 歳
参加者氏名		男・女	学校名	年生		
			身長	cm	体重	kg
ふりがな		続柄	TEL	—	—	
保護者氏名			携帯	—	—	
			住所	〒 —		
E-mail	@					
緊急連絡先	昼間	氏名	(続柄)	TEL	—	—
	夜間	氏名	(続柄)	TEL	—	—
集合・解散場所	集合場所(生駒 ・ 難波) 解散場所(生駒 ・ 難波) どちらかに○をおつけ下さい。					
参加者の健康管理ノート (活動の参考とさせていただきますので、下記項目に○印又はご記入下さい。)						
お子様はアレルギー体質ですか はい・いいえ			※はいと答えられた方は、項目・その症状及び日常生活で注意や処置をされている内容(服用薬・アレルギーを起こす食品等)をご記入下さい。			
◎ 食物	卵・乳・小麦・肉・魚・その他					
◎ 薬	ピリン系・サルファ系・その他					
◎ 環境	寒冷・日光・その他					
◎ その他	虫・ハウスダスト・その他					
☆普段の様子			キャンプでは様々な場面で普段と違った生活をします。健康管理上、特に配慮が必要な事項があればご記入下さい。			
◎ 体質	<ul style="list-style-type: none"> ・乗り物酔いしやすい ・風邪をひきやすい(熱、頭痛) ・お腹をこわしやすい ・アレルギー性鼻炎 ・ぜんそく ・夜尿 <li style="text-align: right;">その他 					
◎ 既往症	ぜんそく・ひきつけ・てんかん はしか・心臓病・水疱瘡 その他		【現在の症状】			
◎ 現在治療中の病気等						
◎ 特記事項(ご要望等)						
◎ グループは新しい友だち作りを大切に考えて編成します。 ※同グループを希望される場合はお名前をご記入下さい。						
◎キャンプ経験 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 初めて			◎ナックのキャンプにこれまで参加したことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 初めて			
◎このキャンプをなにで知りましたか <input type="checkbox"/> DMで <input type="checkbox"/> HPで <input type="checkbox"/> 学校の配布物で <input type="checkbox"/> その他(
◎今後ナックの行事の案内 <input type="checkbox"/> 送ってほしい <input type="checkbox"/> 不要						
お問い合わせ			個人情報の取り扱い			
〒531-0075大阪市北区大淀南1-9-16 山彦ビル505号室 特定非営利活動法人ナック事業係 TEL:06-4256-7178 Fax:06-4256-7179			記載の個人情報は、ナックの個人情報保護ポリシーに基づき適切に管理します。 また、キャンプ中に撮影した写真は、ナックの会報「NACTION」やホームページ等に使用させていただくことがあります。不都合な方はご連絡下さい。			