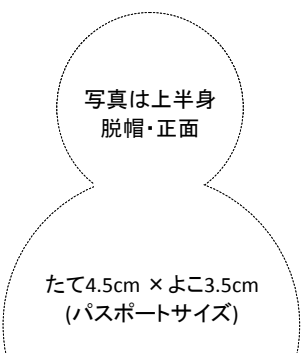


おもて

2014年 ボルネオジャングル体験スクール参加申込書(第15回)

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名				
生年月日	平成 年 月 日生 (歳)			
学校名 (学校所在地)	〒 立 学校 年			
ふりがな				
現住所	〒			
連絡先	電話 - - FAX - -	日中の連絡先(保護者等の携帯番号) - -		
	連絡可能な電子メールアドレス (@)			
学校・地域における部活動、団体(野外)活動など (学校) (地域)				
趣味・特技・資格など				
参加申込の理由、動機、参加の抱負など(必ず本人が記入すること)				
パスポートの有無	有	パスポート番号	有効期限	年 月 日
	無	パスポートに記載されているローマ字名 ()		
海外渡航経験	有	渡航先国名		
	無			
このスクールを知ったきっかけ	①新聞 ②テレビ・ラジオ ③県広報誌 ④市町広報誌 ⑤学校 ⑥チラシ ⑦ポスター ⑧インターネット ⑨知人・友人・家族(兄弟姉妹も含む) ⑩その他 ※①～⑩の詳細 () 該当するものに○印をつけ、()に詳細を記入してください。			

※裏面の健康調査カードも必ずご記入ください。ご記入いただいた個人情報は、当事業の事務以外には使用しません。

健康調査カード

この調査カードは参加者のみなさまが健康に、そして安心してボルネオジャングル体験スクールに参加いただくための資料とさせていただきます。なお、ご記入いただきました内容については、本事業に関して知り得た個人情報として慎重に管理し、事務手続以外には一切使用いたしません。また、この健康調査カードは本事業終了後処分いたしますので、返却をご希望される方はお申し出ください。

ふりがな 氏名	生年月日 ※年齢は平成26年8月21日現在 平成 年 月 日生 (歳) (西暦 年)
保護者氏名	緊急連絡先 電話番号
血液型 Rh : +・- () 型	治療中の病気 ない ・ ある (具体的に:)
視力 右 ()、左 () コンタクトレンズ使用 ・ 眼鏡使用	聴力 異常なし ・ 聞こえにくい (具体的に:)

○ 病気の記録

今までにかかった病気についてご記入ください。

はしか(麻疹) ない・ ある () 歳	みずぼうそう(水疱瘡) ない・ ある () 歳
三日はしか(風疹) ない・ ある () 歳	おたふくかぜ(流行性耳下腺炎) ない・ ある () 歳
肝臓・腎臓の病気 ない・ ある () 歳 病名:	盲腸(虫垂炎) ない・ ある () 歳
心臓の病気 ない・ ある () 歳 病名:	アレルギー ない・ ある () 歳 病名:
ぜんそく(喘息) ない・ ある () 歳	毒を持った生き物にさされた(かまれた) ない・ ある () 歳 生き物:
*その他の持病と注意が必要なこと	

○ 健康状態について

あてはまるものをチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい	<input type="checkbox"/> 吐き気、腹痛を起こしやすい	<input type="checkbox"/> つるところがある どこが:
<input type="checkbox"/> 関節や腰が痛くなりやすい	<input type="checkbox"/> 乗り物酔いしやすい	<input type="checkbox"/> 喉がはれやすい
<input type="checkbox"/> じんましんがでやすい	<input type="checkbox"/> かぶれやすい	<input type="checkbox"/> 虫さされによりはれやすい
<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> 便秘しやすい	<input type="checkbox"/> 疲れやすい

○ その他、健康面に関する留意事項

2014年ボルネオジャングル体験スクール(第15回)の募集要項を承諾のうえ、参加申込みます。

平成26年 月 日

保護者氏名

印