

いきいき体験活動事業②『春の七草探しとパスタ作り』参加確認書

参加者情報	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦	年 月 日(歳・ 年生)	
	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦	年 月 日(歳・ 年生)	
	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦	年 月 日(歳・ 年生)	
	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦	年 月 日(歳・ 年生)	
	ふりがな		性別	男・女	特別支援学校(級)への通学有無	有・無
	氏名		生年月日 当日の年齢・学年	西暦	年 月 日(歳・ 年生)	
自宅住所	〒					
日中繋がる 携帯電話	-					
緊急連絡先	- 【続柄: 】					

健康調査	大きな病気やケガをしたことがある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名・年月・部位・回数
	現在治療中の病気や怪我がある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名・部位・病院名と電話番号
	現在内服している薬がある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名・薬品名・回数・量
	服用できない薬がある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に
	湿疹・喘息等ご心配な方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に
	アレルギー[食べ物・動植物]がある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に
	障がい[肢体・知的]ある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に
	◆スタッフに対し、希望されることや、気を付けて欲しいことはありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に ※トイレ、身辺整理、食事の量や偏食、宿泊、集団行動などの生活面、キャンプで期待していることなど

その他	当日の[名栗げんきプラザ]までの交通手段はどちらですか？ ※電車の方は必ず手引きの「7 交通案内」をご確認ください。 交通手段: 自家用車 / 電車 (その他: _____)
	過去に名栗げんきプラザの主催事業へ参加したことがありますか？ ある / ない ⇒ 事業名
	毎月配信中の「メールマガジン」へ登録することができます。ご希望の方は、下記にメールアドレスをご記入ください。

『参加確認書』は、2月7日(金)までに、記入いただきご提出ください。
『アレルギー個別対応申込書』は必要な場合のみ、上記期日までに記入いただき、ご提出ください。
※この用紙に記載いただいた個人情報は、アレルギー情報管理やプログラム運営のために使用いたします。個人情報をお客様の同意を得ずに第三者へ提供、開示等することは一切いたしません。
※事業のご案内等をお客様に送付させていただく場合がございます。
不要な方は、下記チェックボックスへチェックを入れてください。

事業のご案内等の送付を希望しません。

お問い合わせ・参加資料送付先
埼玉県立名栗げんきプラザ(担当:栗原)
〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2
TEL:042-979-1011 FAX:042-979-1013
MAIL:naguri@tokyu-com.co.jp

アレルギー個別対応申込書

取り扱い注意

アレルギー対応をご希望の場合は、必要事項をご記入の上、**ご利用の3週間前:2月7日(金)**までに提出してください。
 ※アレルギー以外でお食事制限のある方(病気の治療・宗教上の理由等)の場合も、こちらのシートをご提出ください。
 ※提出は団体責任者が取りまとめたうえで名栗げんきプラザまでご提出ください。

FAX:042-979-1013 E-mail:naguri@tokyu-com.co.jp

詳細につきましては、利用の手引き P22.23 の「食物アレルギーについて」のページをご確認ください。
 ※ご提出いただいた個人情報は「アレルギー対応のための管理のため」のみに使用いたします。

- ・対応については、単純に除去するだけでなく、代替食での個別対応を基本原則とします。
 しかしながら、以下の点につきましてはご了承の上、お申し込みをお願いいたします。
- ・掲載情報は、アレルギー症状を発症しないことを確実に保証するものではありません。ご注文にあたっては、ご利用者様による最終的な判断をお願いいたします。
- ・他のメニューと同一の厨房で調理しているため、加工または調理の過程において、微量のアレルギー物質が混入する可能性があります。
- ・調理、洗浄機などについても、他のものと共通のものを使用しています。

団体名	いきいき体験活動事業② 「春の七草探しとパスタ作り」	担当責任者名	栗原 義敬
-----	-------------------------------	--------	-------

(ふりがな) 必須		回答連絡先 電話番号	携帯電話番号
該当者氏名		回答 FAX または メールアドレス	

アナフィラキシーショックの確認 できる限り詳しい状況を 「摂取した時に現れる症状」欄にご記入ください。	<input type="checkbox"/> 起こす ⇒	<input type="checkbox"/> 食事一式持込みます <input type="checkbox"/> 代替食を希望します
	<input type="checkbox"/> 起こさない ⇒	<input type="checkbox"/> 代替食を希望します <input type="checkbox"/> 通常メニューで提供

アレルギー原因食材		摂取した時に現れる症状	症状:
直近の発症日	年 月 日頃	普段の対応	<input type="checkbox"/> 常にエピペンを持ち歩いている
かかりつけの病院			<input type="checkbox"/> 微量のコンタミネーションでも症状が出る
病院の電話番号			<input type="checkbox"/> 外食したことがない
			<input type="checkbox"/> 給食では弁当を持ち込んでいる
			<input type="checkbox"/> その他()

利用中のメニューでアレルギーに該当するもの	特記事項
月 日	メニュー
例) 4月5日朝	例) A: 卵焼き
	例) 卵は火が通っていれば問題ない
	例) 宗教上の理由により。

書類提出後、食堂担当者より団体担当者様へアレルギー対応について返答いたします。返答用紙に保護者様のサインを記入していただき、団体代表者がとりまとめて再度ご提出ください。