



部外秘

参 加 確 認 書

※ 太枠内の記入下さい。

申し込みコース		<input type="checkbox"/> キャンプコース		<input type="checkbox"/> 日帰りコース			
参 加 者 氏 名	フリガナ		性別	男・女	血液型	型 RH + + -	
			生年月日	西暦	年	月	日 (才)
住 所	〒(- -)				学校名	小学校(年生)	
自宅電話番号 () -		FAX () -					
保 護 者 氏 名	フリガナ		続柄	保護者緊急連絡先			
				昼	() -	夜間	() -
E-mail		携帯電話		携帯メール			
送迎バス 利用	<input type="checkbox"/> 園部駅・ <input type="checkbox"/> 日吉駅・ <input type="checkbox"/> なし(現地集合)			保護者の 送迎添付	<input type="checkbox"/> 京都駅ホームまで・ <input type="checkbox"/> 送迎駅まで・ <input type="checkbox"/> しません		
送迎駅・又は芦生までの交通経路・時間(緊急時などにおける連絡・対処をスムーズにするためなるべく詳しく記入ください)							
交通機関	自宅からの経路(乗り継ぎ、経由地なども)				所要時間		
					約	時間	分
参加費の支払い回数		<input type="checkbox"/> 一括・ <input type="checkbox"/> 分割					
振 込 先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫		支店	口座番号	口座名義人		
				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ		
郵便局・店名(3ヶタの漢数字)	店番	口座番号					
<p>●振込先は、返金が必要な際に、返金分を振り込ませていただくため必要になります。 ●郵便局口座は、記号・番号ではなく、通帳の表紙を開いた下部に記載されている番号を記入して下さい。</p>							
同意書							
<p>私たちスタッフは、あらゆる事故を防止するために下見の遂行、参加者への丁寧な告知など、安全管理の徹底を行っています。 しかしながら、天候にや自然環境の急激な変化など、十分に準備されていない自然の中で行われる活動には危険はつきものです。 危険や事故が絶対に無いということを保障することはできません。万が一不慮の事故が起きた場合は現場のスタッフが状況判断し、必要であればMFAで推奨される応急処置を有資格者が行います。また必要に応じて保護者と相談の上、緊急医療機関への引き渡し、警察や消防への要請を行います。しかし生命に関わる重度の状況下においては、参加者の救命を第一優先事項とし、現場の判断で保護者への連絡なしに医療機関へ搬送することができます。そして当イベント内に於いてこのような事故が発生した場合、必要な報告書の作成・提出などのお取次ぎをさせていただき、下記の保険にて対応していただくことになります。(疾病は適用されません)</p>							
<u>日本アウトドアネットワーク野外活動総合包括保険 (A I U国内旅行保険)</u>							
<p>※保険の補償内容について詳しく知りたい方は事務局までお問い合わせください。</p>							
<p>■保健証について</p> <p>当団体では保健証の原本、およびコピーをお預かりしません。厳しい環境下の野外活動において保健証などの個人情報を携帯管理することは難しく、緊急時に医療機関への搬送を遅れさせる可能性をも危惧するからです。したがって万が一、活動中に医療機関に診断された場合は、一旦医療費を全額負担する形になります。その後、保健証をお持ち頂き、差額分を受け取って頂くことになります。ご理解ください。</p>							
<p>活動のしおりをよく読み上記の内容、安全管理の考え方について同意し、この活動に参加いたします。</p>							
<p>2016年 月 日</p>							
<p>保護者署名</p>							
<p>本人署名欄</p>							
<p>■お申し込みいただいたきっかけ</p>							
<p><input type="checkbox"/> パンフレット(どこで) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他()</p>							

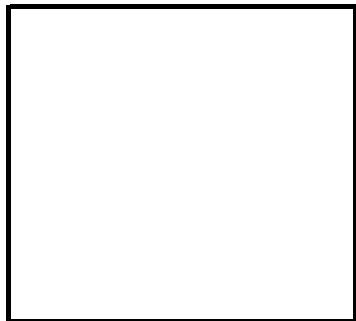
※ この書類は、プライバシー保護のため、芦生自然学校関係者以外が目を通すことはございません。

※ この書類は、イベント遂行の際、芦生自然学校スタッフが適切な安全管理・対処を行うために、
正確な記入をお願いいたします。

※ 裏面も必ずご記入下さい。

受 付	月	日
入 力	月	日

健康調査票



氏名 _____ 年齢 満 才 _____
 体重 kg 学年 年生 _____
 身長 cm
 平熱 °C 靴のサイズ cm

本人が確認できる顔写真を貼ってください。送迎時にはボランティアスタッフが子供を見つける際に必要になります。必ず張ってください。

緊急連絡先 ※携帯をお持ちの場合は携帯番号をお書き下さい。	名 称	番 号 電 話 ()	—
----------------------------------	--------	-------------------------	---

次の項目で該当する項目に○印をつけてください。該当する方は詳しくご記入下さい。

現在通院している。	病名:	医師の指示
心臓が悪いと医師から言わされたことがある。	生活上の制限	
腎臓が悪いと医師から言わされたことがある。	生活上の制限	
喘息発作をおこしたことがある。	対処方法:	最近おこしたのは 年 月頃
ひきつけをおこしたことがある。	対処方法:	最近おこしたのは 年 月頃
毎日使用(常用)している薬がある。	薬品名:	使用方法
アレルギー体質である。	原因:	対処法:
アレルギー体質などの理由で食べられないものがある。	食品名:	
色盲・色弱など視力に障害がある。	具体的な内容	
難聴など聴覚に障害がある。	具体的な内容	
下痢をしやすい	疲れやすい	おねしょの癖がある
便秘になりやすい	発熱しやすい	寝起きが悪い
腹痛をおこしやすい	風邪をひきやすい	鼻血が出やすい
盲腸をちらしている	扁桃腺がはれやすい	皮膚が弱い
貧血をおこしやすい	頭痛をおこしやすい	乗り物に酔う

備考:ご心配な点やご要望など、特にお子さまのみの参加の場合、健康状態や精神的な面などで、スタッフが知っておいた方がよいと思われる事がございましたらご記入下さい。