

にこスマキャンプ2017.夏 参加者申込書



記入日 西暦 年 月 日

* 個人情報は事務局で厳重に管理し、にこスマ九州の運営に関してのみ使用いたします。

ふりがな ()
名前 性別 (男 ・ 女)

誕生日 西暦 年 月 日 (歳) 血液型 ()

住所 〒

電話番号

保護者氏名

緊急連絡先 (本人との関係)

※開催当日、連絡のつきやすい方の連絡先をお書きください。

1、病名 病気になった年齢

その他の既往症があればお書きください。

アレルギーのある方はお書きください。

2、かかりつけの病院/主治医 ()

3、治療 終了 (才の時)

継続中

4、服薬 あり ・ なし ※現在服薬している薬名だけ記入してください。
キャンプ当日の健康チェック表にて服薬時間や量をお聞きます。

内容

5、介助 必要・不要

どんな介助が必要ですか？

6、送迎 集合場所まで迎え (あり・なし) 集合場所希望 (博多駅・久留米大病院)

※中学生以下は原則として集合場所までの送り迎えをお願いいたします。

7、キャンプ中
に心配なこと

8、どこでキャンプを知りましたか？ (病院から・WEB・SNS・リピーター)

9、にこスマキャンプへの参加は何回目ですか？ (はじめて ・ 回目)

*個人情報は事務局で厳重に管理し、にこスマ九州の運営に関してのみ使用いたします。

主治医の先生へ

お忙しいこととは思いますが、子どもたちが安全に楽しくキャンプに参加するために、
病気のことなどをお知らせください。ご協力お願いいたします。
また必要があればキャンプスタッフより主治医の先生にご連絡差し上げることがあります。
その際はどうぞよろしく申し上げます。

(ふりがな) ()

名前

誕生日 西暦 年 月 日生 (才)

病名・発症年齢

病名・病気の状態・治療のこと・薬のこと・活動するにあたって注意すべき点

(できるだけ詳しくご記入下さい。)

服薬(朝)

(昼)

(夜)

(その他)

以上のことを注意し、キャンプに参加することは問題がないと考えます。

病院名 医師署名

医師との連絡方法 勤務先へ電話・メール・その他 ()

連絡先

[参加申込用紙送付先]

〒815-0032

福岡市南区塩原4-3-6-101

認定NPO法人にこスマ九州 事務局