

にこスマキャンプ2025.春 参加者申込書

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな ()

名前 性別 ()

誕生日 西暦 年 月 日 (歳) 血液型 ()

住所 〒 _____
マンション名までご記入ください

連絡先① _____ 連絡先の方の名前 _____ (続柄 _____)

連絡先② _____ 連絡先の方の名前 _____ (続柄 _____)

メールアドレス _____ 連絡先の方の名前 _____ (続柄 _____)

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 治療中 ・ 経過観察中 ・ 終了 (歳の時)

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・久留米大学病院)

※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、参加にあたり心配なこと

8、どこでキャンプを知りましたか？ (にこスマから・病院・SNS・リピーター・その他)

*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。

にこスマキャンプ2025.春 主治医からのコメント(情報)

記入日 西暦 年 月 日

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 (歳)

病名 発症年齢 (歳)

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