

# 親子防災チャレンジ 参加申込書

※必要事項の記入の上、1月19日（日）にお持ちください。

※1人1枚のご記入をお願いいたします。

ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日	男女
参加者名								
住所	〒							
連絡先	電話番号							
緊急時の連絡先	氏名	続柄	参加者の	電話	携帯			
大きな病気やケガをしたことがありますか？ いいえ / はい →年月、部位、回数等								
現在治療中の病気やケガはありますか？ いいえ / はい →部位、病院名と電話番号								
現在服用している薬はありますか？ いいえ / はい →薬品名、回数、量								
服用できない薬はありますか？ いいえ / はい →具体的に								
湿疹や喘息等ご心配なことはありますか？ いいえ / はい →年月、部位								
食物アレルギーはありますか？ いいえ / はい →以下にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ <input type="checkbox"/> その他 ※その他/完全除去、つなぎ程度は可など、現在の状況 →								
【スタッフへの希望】(参加するにあたって、伝えておきたいことなど)								

別紙の参加同意書もご記入ください