

# 2019年度 京都JC文化少年団 新規・継続入団申込書



こちらのQRコードからも  
お申し込みいただけます

\*本申込書と合わせ健康調査票もご記入いただきご提出願います。

入 団 申 し 込 み 者 ①	ふりがな 名 前	男 ・ 女	新規 ・ 継続
	小学校名	小学校	4月から 年生
	生年月日 平成 年 月 日	血液型	型 RH+ ・ RH-
	※飲食を伴うプログラムがございますので、過去の既往症（病気）と食物のアレルギーの有無については必ずご記入願います（継続団員も改めてご記入ください）。		
過去の既往症（病気）・食物のアレルギーがありますか。▶ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方は具体的にご記入ください ▶			

下記の欄は、ご兄弟姉妹で一緒に参加される場合の記載欄です。  
お友達をご紹介いただける場合は、お手数ですが、コピーしていただき、別紙にてお申し込みください。

入 団 申 し 込 み 者 ②	ふりがな 名 前	男 ・ 女	新規 ・ 継続
	小学校名	小学校	4月から 年生
	生年月日 平成 年 月 日	血液型	型 RH+ ・ RH-
	過去の既往症（病気）・食物のアレルギーがありますか。▶ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方は具体的にご記入ください ▶		

入 団 申 し 込 み 者 ③	ふりがな 名 前	男 ・ 女	新規 ・ 継続
	小学校名	小学校	4月から 年生
	生年月日 平成 年 月 日	血液型	型 RH+ ・ RH-
	過去の既往症（病気）・食物のアレルギーがありますか。▶ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方は具体的にご記入ください ▶		

※継続団員の方は、住所・連絡先については、変更がある場合のみご記入ください。

連 絡 先	〒 - 住所	
	TEL ( ) -	
	※子供達の安全を最優先するため、下記の緊急連絡先は必ずご記入願います。	
	緊急連絡先1 続柄 ( ) -	
緊急連絡先2 続柄 ( ) -		

京都JC文化少年団をどこで知りましたか？（新規会員の方のみお答えください）

京都青年会議所会員の紹介 団員の紹介 京都青年会議所のHP みやこ子ども土曜塾の冊子・HP  
小学校の案内チラシ 小学校の案内ポスター 地下鉄駅構内の案内ポスター その他( )

※個人情報取り扱い、活動風景の写真等の掲載、個人による写真撮影についての下記項目をご一読いただき、同意のうえ、お申し込みください。同意いただけます方は、下に保護者の方の署名・捺印をお願いいたします。

< 個人情報取り扱いについて >

利用目的：「京都JC文化少年団」における登録及び運営の目的にのみ使用します。  
ただし、保護者の方の同意を得た場合に限り、2019年度の京都青年会議所の事業案内を送付させていただきます。

▶事業案内を送付させていただいてもよろしいでしょうか？ はい いいえ

< 活動風景の写真等の掲載について >

利用目的：「京都JC文化少年団」及び「京都JCのホームページ」等、京都JCが主催する事業のみ使用します。

< 写真撮影について >

写真は、個人での利用にのみ限定し、メディア（ブログ、Facebook等）への使用は禁止とします。

2019年度京都JC文化少年団 健康調査票

記入日： 年 月 日

入団申込書と内容が重複しますが、管理の都合上、再度、ご記入いただきますようお願いいたします。

フリガナ					
氏名	(男・女) 生年月日: 年 月 日 (満 歳 ヶ月)				
〒					
住所	電話番号				
緊急連絡先	(氏名) (続柄) (電話番号)				
日間					
夜間	(氏名) (続柄) (電話番号)				
身長	cm 体重 kg				
I. 最近3ヶ月の健康状態 (該当項目の番号を○で囲み、空欄には所要事項を記入してください)					
1 健康である					
2 病気やケガをしたが学校を休むほどではなかった					
3 病気やケガのために休んだことがある					
2, 3について 病名 _____ いつ頃 _____ 日数 _____ 日					
II. 既往歴 [ ない ・ ある ] (ある場合⇒現在も治療中かを含め詳しく記入してください)					
III. アレルギー [ ない ・ ある ] (ある場合⇒食物・薬物アレルギーについては詳しく記入してください)					
<small>(ハチ毒・食品等特定物質に対するアナフィラキシーの既往や可能性のある方は必ず医療機関を受診し、必要に応じてアドレナリン自己注射器などの処方を受け、この欄に記載してください)</small>					
IV. 現在常用している医薬品 [ ない ・ ある ] (ある場合⇒医薬品の名前、効能、飲み方、活動中の保管方法を記入してください)					
V. 体調について (該当する番号に○をつけてください。 ない—1 たまにある—2 よくある—3)					
・少しの運動で疲れる	1・2・3	・鼻血がでやすい	1・2・3	・背中や腰が痛む	1・2・3
・立ちくらみをおこす	1・2・3	・乗り物に酔う	1・2・3	・おできができる	1・2・3
・運動をするとドキドキする	1・2・3	・夜尿症(おねしょ)がある	1・2・3	・皮膚がかぶれる	1・2・3
・息苦しくなる	1・2・3	・吐き気、吐く	1・2・3	・頭が痛くなる	1・2・3
・熱を出す	1・2・3	・腹痛がおきる	1・2・3	・なんとなくイライラする	1・2・3
・扁桃腺(のど)がはれる	1・2・3	・下痢をする	1・2・3	・よく眠れない	1・2・3
・鼻水がでる	1・2・3	・便秘をする	1・2・3	・気を失う	1・2・3
・咳や痰がでる	1・2・3	・関節が痛んだり腫れたりする	1・2・3	・その他( )	1・2・3
VI. 上記体調や健康に関して留意事項、参考事項があればお書きください。					
VII. 緊急時には管理責任者の判断により、医療機関へ搬送します。治療を受けるにあたり、信仰や信条等に関連して医療機関に希望することがあればお書きください。					
VIII. 健康状態に不安のある場合は、予め医師の診断を受け、参加できることを確認してください。					
IX. 本健康調査票をご提出されない場合、ご参加はお断り申し上げます。					
※個人情報取り扱いの説明が下記にございますので、ご一読いただき、保護者の方の署名・捺印をお願いいたします。					
記入いただいた情報は、子ども文化教室での健康管理及び医療機関受診時の健康情報提供書として使用します。個人情報の保全・安全管理につきましては、個人情報保護法に基づき適切に取り扱いたします。なお、第4回子ども文化教室修了後本書類を責任をもって破棄いたします。					
保護者の氏名				印	