

ウッドバッジ研修所・団委員研修所 参加申込書

| | | | |
|----|---------|---------|---------|
| 処理 | 開設業務担当者 | 連盟サ事委員長 | 地区サ事委員長 |
| | | | |

課程 第 期 平成 年 月 日 申込

[期間] 平成 年 月 日 ~ 月 日 [場所]

| | | | | | | |
|---|---|---|---------------------|-------|-------|--|
| ふりがな | | | | 性 | 男 ・ 女 | 写真添付 たて×よこ 3.5cm×2.5cm 上半身のもの |
| 氏名 | | | | 別 | | |
| 住所 | (〒 -) 電話 () - FAX () - | | | | | |
| E-mail | <small>※アドレスはわかりやすくお書きください。</small> | | | | | |
| 携帯電話 | <small>※携帯電話をお持ちでない場合、確実に連絡のとれる電話番号をお書きください</small> | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳 月) | | | | | |
| 所属 | 連盟 (地区) 第 団 隊 役務 | | | | | |
| 登録番号 | | | 地区・県連盟役員 | | | |
| ボーイスカウト講習会 | 開設県連盟 (地区) | | | 修了年月日 | | |
| | 連盟 | 地区 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 |
| 研 修 歴 | ウッドバッジ研修所 (該当者は必ず記入) | 課程 第 期 (年 月 日) | 所長名 | | | |
| | 安全セミナー | 第 回 (履修日 年 月 日) | | | | |
| | ウッドバッジ実修所 (該当者は必ず記入) | 課程 第 期 (修了日 年 月 日、 | P-プリントNo. | | | |
| | その他の研修歴 | *上記他の研修所・実修所等の「定型訓練」への参加がありましたら、 <u>全て記入</u> 下さい。 | | | | |
| 奉仕歴 (過去5年間における団・地区・県連盟等の役職と奉仕年月) | | 団委員長の 同意 | 平成 年 月 日 (印) | | | |
| | | 地区コミッショナー の 推 薦 | 平成 年 月 日 (印) | | | |
| | | 県連盟コミッ ショナーの推薦 | 平成 年 月 日 (印) | | | |
| 当該隊以外に所属の方の参加理由 <input type="checkbox"/> 任務変更予定 <input type="checkbox"/> 自己研鑽のため <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |

* ご記入いただいた内容は、日本ボーイスカウト京都連盟において参加申込いただいた皆様の参加者選考と参加決定後の連絡や名簿作成等を目的として使用させていただきます。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ます。

健康調査票

平成27年版

1. 基本訓練参加申込書（本人）が記入してください。
2. 以下の質問は活動期間中のあなたの健康状態の参考にさせていただきますので、できるだけ正確にお答えください。
3. 後に個別に健康状態を尋ねさせていただくことがあります。
4. 記載内容については一切他に公表しません。
5. 当該の訓練機関以外には使用いたしません。

| | | | |
|----|----|----|----|
| 身長 | Cm | 体重 | Kg |
|----|----|----|----|

| |
|---|
| I 現在、治療中の病気等がありますか ない・ある（以下記入ください） 高血圧・心臓病・喘息・肺疾患・糖尿病・肝臓病・胃腸病・腎臓病・血液疾患 感染症・腰のヘルニア・アレルギー（具体的に ）・妊娠 その他（ ） ※携行持薬の有無 ない・ある（ ） |
| II この1年間、特に直近3ヶ月前後以内の健康状態について 1. きわめて調子は良かった 2. 特に問題はなかった 3. 病気はしたが休むほどではなかった 4. 病気のため休んだ → 病名 _____、その日数 _____ 日 |
| III 最近の体調について（ない、あるを○でかこむ） ※ 近い症状のものについては <u>ある</u> を選択してください ・頭痛、頭重感はありませんか ない・ある ・現在ケガはありませんか ない・ある ・めまい、ふらつきはありませんか ない・ある ・吐き気や吐くことはありませんか ない・ある ・動悸はしませんか ない・ある ・腹が痛むことはありませんか ない・ある ・心臓がしめつけられるような感じは ない・ある ・下痢をしやすいですか ない・ある ・息苦しくなることはありませんか ない・ある ・便秘をしやすいですか ない・ある ・せき、たん、鼻水は出ませんか ない・ある ・腰痛や背部痛はありませんか ない・ある ・鼻血がでやすいですか ない・ある ・間接に痛みはありませんか ない・ある ・口がひどく渴きませんか ない・ある ・身体がだるくありませんか ない・ある ・尿の回数が多いですか ない・ある ・少しの作業でも疲れませんか ない・ある ・顔や脚にむくみはありませんか ない・ある ・不安感やイライラ感は ない・ある ・十分に眠れないことがありますか ない・ある ・気を失ったことはありませんか ない・ある |
| IV 特に医師から注意を受けていることがあればお書き下さい |
| V 上記以外に不安なことや特記することがあればお書き下さい |

| | | | |
|-----------|-------------|------|--|
| 期間中の緊急連絡先 | 氏名（参加者との続柄） | 日 中 | |
| | | 夜 間 | |
| | | 携帯電話 | |

平成 年 月 日

本人署名

印