

登録カード1

第42期よこはまこどもマリンスクール

ふりがな				性別	
参加者 氏名					
生年月日		血液 型		平熱	℃
学校名 学年	小学校			学年	

写 真

3 cm× 4 cm

ふりがな				参加者との続柄
保護者 氏名				
住 所				
連絡先 電話番号	()	FAX	()	

緊急時の連絡先

※緊急時①の方から連絡いたします。必ず連絡が取れる方を記入してください。

①	ふりがな		自宅電話	()
	氏名	参加者との間柄 ()	携帯電話	()
②	ふりがな		自宅電話	()
	氏名	参加者との間柄 ()	携帯電話	()

参加者の性格（得意な事・苦手な事・集団活動にあたり伝えておきたい事）

--

承諾書

私は、_____（参加者氏名）が、
よこはまこどもマリンスクールに参加
するにあたり、主催者の指示事項を厳守
することを約して、参加を承諾します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
保護者氏名（自署）

※活動中の写真や映像等を広報活動などに使用
する場合がございますので、ご了承ください。

●下記の「個人情報の取扱いについて」にご同意いただけましたらご記入
ください。

「個人情報の取扱いについて」

- 事業者の名称 公益財団法人 横浜市スポーツ協会
- 個人情報の利用目的 ご記入いただいた個人情報は、マリンスクールの運営のために利用します。
- 個人情報の第三者提供について ご記入いただいた個人情報は、保険加入や宿泊時に名簿を提供する場合があります。
- 個人情報の取扱いの委託について ご記入いただいた個人情報の取扱いについて、委託することはありません。
- 個人情報の開示等及び問合せについて
当協会が保有する個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止に応じる窓口は、問い合わせ先と同じです。
- 個人情報をご提供頂かない場合の取り扱い 必要事項をご記入頂けない場合、当事業に参加できない場合があります。
- 当協会の個人情報取扱いに関する苦情、相談等の問合せ先
個人情報保護管理責任者
公益財団法人横浜市スポーツ協会 事務局長
お問い合わせ窓口 総務部総務課
電話045-640-0011 FAX045-640-0021

登録カード2 (食物アレルギーに関する調査)

マリンスクールで食事を提供する際、食物アレルギーをもつお子さまが安全に食事をしていただくために、調査へのご協力をお願いいたします。

参加者氏名 _____ 記入日 _____ 年 月 日 _____

◎食物アレルギー

ある ・ ない
(食物名 _____)

●ある に○をした方は以下の質問にお答えください。

1 現在、医師からアレルギーの原因と考えられる食物があると言われてますか。
言われている ・ 言われていないが症状がある

2 診断方法はなんですか。

- 問診・視診 ●皮膚反応テスト ●血液検査 (I g E ・ R A S T など)
- 食餌日誌 ●食品除去及び負荷テスト ●その他 (_____)

3 食べるとどのような症状がでますか。

- a アナフィラキシー
- b 皮膚症状 : じんましん ・ 湿疹 ・ 口唇浮腫 ・ その他 (_____)
- c 消化器症状 : 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他 (_____)
- d 呼吸器症状 : 咳 ・ 息苦しい ・ その他 (_____)
- e その他の症状 : (_____)

4 どのくらい摂取できますか。

- a 該当する食物及び加工食品についてもすべて食べられない
- b あまり厳格なく、少し食べてもよい
(例：卵アレルギーだが衣は食べられる)

[_____]

c その他 (必要があれば詳細にご記入ください)

[_____]

5 万一誤ってアレルギーの原因となる食物を食べてしまった場合、どのように対応すればいいですか。
なるべく詳しくご記入ください。

[_____]

●下記の「個人情報の取扱いについて」にご同意いただけましたらご記入ください。

「個人情報の取扱いについて」

- (1) 事業者の名称 公益財団法人 横浜市スポーツ協会
- (2) 個人情報の利用目的 ご記入いただいた個人情報は、マリンスクールの運営のために利用します。
- (3) 個人情報の第三者提供について ご記入いただいた個人情報は、保険加入や宿泊時に名簿を提供する場合があります。
- (4) 個人情報の取扱いの委託について ご記入いただいた個人情報の取扱いについて、委託することはありません。
- (5) 個人情報の開示等及び問合せについて
当協会が保有する個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止に
応じる窓口は、問い合わせ先と同じです。
- (6) 個人情報をご提供頂かない場合の取り扱い 必要事項をご記入頂けない場合、当事業に参加できない場合があります。
- (7) 当協会の個人情報取扱いに関する苦情、相談等の問合せ先

個人情報保護管理責任者

公益財団法人横浜市スポーツ協会 事務局長

お問い合わせ窓口 総務部総務課 電話045-640-0011 FAX045-640-0021

令和 _____ 年 月 日

保護者氏名 (自署)

登録カード3 【常備薬調査表】

◎服薬 がある ・ ない

参加者氏名

※ある に○をした方は以下の常備薬調査表にご記入ください。

常備薬調査表

薬の種類の変更や追加があった場合には必ず事務局にご連絡ください

	いつ		何種類	何錠	薬の名前	飲む目的	注意点
	朝食	前・後					
毎日必ず 飲む薬	前・後	種	錠	包			
	前・後	種	錠	包			
	前・後	種	錠	包			
	前	種	錠	包			
必要な時飲む薬 または塗る薬 ※酔い止めを持参 する方はこちらに ご記入ください							
吸入器について (○をしてください)	(予防用 ・ 発作が起きた時)				(持参して自分でできる ・ 持参するが自分でできない)		
	※発作が起きた時には保護者の方に連絡し、確認をしてから使用します						

使ってはいけない医薬品

アレルギー（食物以外）

使ってはいけない医薬品

●下記の「個人情報の取扱いについて」にご同意いただけましたらご記入ください。

「個人情報の取扱いについて」

- 事業者の名称 公益財団法人 横浜市スポーツ協会
- 個人情報の利用目的 ご記入いただいた個人情報は、マリンスクールの運営のために利用します。
- 個人情報の第三者提供について ご記入いただいた個人情報は、保険加入や宿泊時に名簿を提供する場合があります。
- 個人情報の取扱いの委託について ご記入いただいた個人情報の取扱いについて、委託することはありません。
- 個人情報の開示等及び問合せについて
当協会が保有する個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止に応じる窓口は、問い合わせ先と同じです。
- 個人情報をご提供頂かない場合の取り扱い 必要事項をご記入頂けない場合、当事業に参加できない場合があります。
- 当協会の個人情報取扱いに関する苦情、相談等の問合せ先

個人情報保護管理責任者
公益財団法人横浜市スポーツ協会 事務局長

令和 年 月 日

保護者氏名（自署）

登録カード4 (エピペン®に関する調査)

◎エピペン® 使用 ある ・ ない

参加者氏名

※ある に○をした方は以下にご記入ください。

原因物質

--

既往症状

--

マリンスクールにおける留意点

--

緊急時の対応

--

薬剤利用時の留意事項等

使用薬剤

--

保管場所

保管期間

--	--

使用条件

--

使用上の留意点

--

※アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。

●下記の「個人情報の取扱いについて」にご同意いただけましたらご記入ください。

「個人情報の取扱いについて」

- 事業者の名称 公益財団法人 横浜市スポーツ協会
- 個人情報の利用目的 ご記入いただいた個人情報は、マリンスクールの運営のために利用します。
- 個人情報の第三者提供について ご記入いただいた個人情報は、保険加入や宿泊時に名簿を提供する場合があります。
- 個人情報の取扱いの委託について ご記入いただいた個人情報の取扱いについて、委託することはありません。
- 個人情報の開示等及び問合せについて
当協会が保有する個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止に応じる窓口は、問い合わせ先と同じです。
- 個人情報をご提供頂かない場合の取り扱い 必要事項をご記入頂けない場合、当事業に参加できない場合があります。
- 当協会の個人情報取扱いに関する苦情、相談等の問合せ先
個人情報保護管理責任者
公益財団法人横浜市スポーツ協会 事務局長
お問い合わせ窓口 総務部総務課 電話045-640-0011 FAX045-640-0021

令和 年 月 日

保護者氏名 (自署)