

子どもゆめ基金助成活動「ウィンターチャレンジ2017」参加申込書

※ボールペンで記入してください。

ふりがな 氏 名			
生 年 月 日	平成 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
現 住 所	(〒)		
T E L			
家 族 構 成 (続柄・氏名を記入)			
保護者氏名			
緊急連絡先	(続柄) (氏名) (連絡先)		
在籍学校名／学年	小学校 年 組		
趣 味 ・ 特 技			
健 康 状 態			

※保護者の方がご記入ください。

健康調査

1 最近の健康状態についてお聞きます。（どちらかを○で囲む）

・かぜをひきやすい

有・無

・便秘をしやすい

有・無

・のどを痛めやすい

有・無

・鼻がわるい

有・無

・よく咳がでる

有・無

・じんま疹がでやすい

有・無

・胃腸をこわしやすい

有・無

・時々めまいをおこす

有・無

・よく下痢をする

有・無

・アレルギー体質である

有・無

原因

※動物に対しアレルギーがある場合も記入してください。

・時々発作がおこる

有・無

原因

・その他

原因

2 既往病についてお聞きます。（どちらかを○で囲む）

（１）既往病がある

有・無

＊「有」と答えた方のみ回答

・肺結核

有・無

・心臓疾患

有・無

・肋膜炎

有・無

・肝臓炎

有・無

・気管支炎

有・無

・腎臓炎

有・無

・ぜん息

有・無

・盲腸炎

有・無

・その他

3 現在治療中の病気がある

有・無

病名等（

4 常時服用している薬等がありましたら御記入ください。

5 その他

同意書

（応募者の氏名）

が子どもゆめ基金助成活動「ウィンターチャレンジ2017」に応募する

にあたり、その趣旨を理解し参加することに同意します。

また、万一事故等あった時は、加入保険で支払われる金額以外請求しません。

平成

年

月

日

保護者氏名

印