

子どもゆめ基金助成活動「ウィンターチャレンジ2018」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します。（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 | ・じんま疹ができやすい | 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します。（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2018」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