



スカウトキャンプ指導者研究会 第 ____ 回 申込書

____ 年 ____ 月 ____ 日 記入

期 間：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日～ ____ 年 ____ 月 ____ 日 場 所：_____

ふりがな 氏名			性別	男・女	写真添付 たて×よこ 3.5cm×2.5cm 上半身のもの											
住所	〒 _____ 電 話 _____ F A X _____															
生年月日	____ 年 ____ 月 ____ 日生 (満 歳)															
所 属	_____ 連盟 (_____ 地区) _____ 第 ____ 団 _____ 隊 役務 _____															
登録番号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													地区 役 務		
			県連盟 役 務													
ちかいを たてた日	____ 年 ____ 月 ____ 日		スカウト歴	在籍年月 ____ 年 ____ 月	最終進級 ____ 年 ____ 月											
指導者 講習会	開催県連盟 (地区)		修了年月日													
		連盟	地区	昭和・平成	年 ____ 月 ____ 日											
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 _____															
	_____ 課程 ____ 第 ____ 期 (____ 年 ____ 月 ____ 日) 所長名 _____															
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 パーシメント No. _____)															
その他の研修	※上記他の研修所・実修所等、「定型訓練」への参加がありましたら、全てご記入ください。															
得意なスカウトスキル																
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)			事務上の 連絡先	※確実に連絡の取れる電話番号(自宅・勤務先・携帯電話)メールアドレス等 ご記入ください。												
	団	地区	県連													
年																
年				団委員長 の同意	印											
年				地区コミッショナー の推薦	印											
年				地区事務局受理 年 ____ 月 ____ 日	県連事務局受理 年 ____ 月 ____ 日											

※ご記入頂いた内容は、神奈川県連盟において参加申込を頂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万全を期します。

健康調査書

1. 基本訓練参加申込者（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、出来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頂くことがあります。
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（ _____ ）																																												
II この1年間、特に直近3ヶ月以内の健康状態について 1. 極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○で囲んでください。） ※ 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。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">・頭痛、頭重感はありませんか</td> <td style="width: 33%;">ない・ある</td> <td style="width: 33%;">・現在ケガはありませんか</td> <td style="width: 33%;">ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・めまい、ふらつきはありませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・吐き気や吐くことはありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・動悸はしませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・腰が痛むことはありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・心臓が締めつけられるような感じは</td> <td>ない・ある</td> <td>・下痢をしやすいですか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・息苦しくなることはありませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・便秘をしやすいですか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・せき・たん・鼻水が出ませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・腰痛や背部痛はありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・鼻血は出やすいですか</td> <td>ない・ある</td> <td>・関節に痛みはありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・口がひどく渇きませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・身体がだるくありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・尿の回数は多くないですか</td> <td>ない・ある</td> <td>・少しの作業でも疲れませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・顔や脚にむくみはありませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・不安感やイライラ感は</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・十分に眠れないことがありますか</td> <td>ない・ある</td> <td>・気を失ったことはありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> </table>	・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	・腰が痛むことはありませんか	ない・ある	・心臓が締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・鼻水が出ませんか	ない・ある	・腰痛や背部痛はありませんか	ない・ある	・鼻血は出やすいですか	ない・ある	・関節に痛みはありませんか	ない・ある	・口がひどく渇きませんか	ない・ある	・身体がだるくありませんか	ない・ある	・尿の回数は多くないですか	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
・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	・腰が痛むことはありませんか	ない・ある																																									
・心臓が締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・鼻水が出ませんか	ない・ある	・腰痛や背部痛はありませんか	ない・ある																																									
・鼻血は出やすいですか	ない・ある	・関節に痛みはありませんか	ない・ある																																									
・口がひどく渇きませんか	ない・ある	・身体がだるくありませんか	ない・ある																																									
・尿の回数は多くないですか	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ください。																																												
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ください。																																												

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	

_____年_____月_____日 本人署名_____