**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：　　　　年　 月　　日～　月　　日　場　所：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性 別 | 男・女 | 写真添付たて×よこ3.5ｃｍ×2.5ｃｍ上半身のもの |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 -電話　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | 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　　　　　　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　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ｳｯﾄﾞﾊﾞｯｼﾞ研修所ｽｶｳﾄｺｰｽ 旧ｳｯﾄﾞﾊﾞｯｼﾞ研修所  | WB研修所SC 　　　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　ﾊﾟｰﾁﾒﾝﾄ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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 団 | 地区 | 県連 |
| 　　年 |  |  |  |
| 　　年 |  |  |  |
| 　　年 |  |  |  |
| 　　年 |  |  |  |
| 　　年 |  |  |  |

 | 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。 |
|  |
|  |
| 団委員長の同意 |  |
| 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頂きます。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。

1. 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頂きますので、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、治療中の病気等はありますか　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、ある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　　・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