

第 47 回宮崎県小児糖尿病サマーキャンプ申し込み表(保護者記入)

氏 名			
ふりがな			
生年月日	平成・令和	年	月 日
住 所	〒 -		
電話番号	その他連絡先		
メールアドレス			
保護者氏名			
兄弟姉妹の数	男 名・女 名	本人は	番目
参加回数	サマーキャンプの参加は 始めて ・ 回目		
病院名			
主治医名			

低血糖は起こしますか？	どんな時	
	どんな症状	
	いつもしている対策	
食物アレルギー・常用薬の有無など注意すべきことがあればお書きください。 (常用薬はおくすり手帳のコピー等があれば添付してください)		

●お子様と確認しながら、ご記入してください。

好きな食べ物	
きれいな食べ物	
興味のあること(趣味など)	
学校名：	(年生)
糖尿病に対する先生と友達の理解と協力の様子(病気について知っている。低血糖の時の対応を知っているなど)	
先生：	
友達：	
部活動名(スポーツ少年団など)	
部活動の方々の糖尿病についての理解と協力について	
先生(指導者)：	
友達：	

※記録やキャンプの運営(生活や医療面)のために写真やビデオの撮影を行います。これらは、キャンプ内での使用とヤングフェニックスはまゆう会の記録としてのみ使用いたします。

※本イベントにおいて、マスコミ等の取材が行われる場合があります。取材内容がテレビやその他のメディアに掲載される可能性がございますが、出演または写真・映像に写ることに同意いただけますか。

同意する ・ 同意しない

以上のとおり小児糖尿病サマーキャンプの参加を申し込みます。

申込日 年 月 日 保護者名

食事と宿泊申し込み

食事と宿泊について記入をお願いします。必要なところに○をお願いします。

また、最終日などにご家族の方が参加される場合の食事と宿泊の予定の記述も合わせてお願いします。

今回は、宮崎県御池青少年自然の家での宿泊になります。家族の宿泊は以前のように個室ではございません。スタッフと同じ部屋になりますのでご注意ください。家族の宿泊を希望される場合は、事務局へお問い合わせください。

氏名	年齢	続柄	14(木)			15(金)			16(土)			17(日)		
			昼	夕	泊	朝	昼	夕	泊	朝	昼	夕	泊	朝
		本人												

家族の食事（本人以外の数を記入してください。また食事をする方のお名前と年齢を人数分お書きください。

例 山田太郎(40)

14 日昼食 食 14 日夕食 食 お名前 _____

17 日昼食 食 お名前 _____

参加費用

会員 8,000 円 (1日参加 2,000 円, 2日参加 4,000 円, 3日参加 6,000 円)

非会員 10,000 円 (1日参加 2,500 円, 2日参加 5,000 円, 3日参加 7,500 円)

非会員の方で当日入会される方も会員料金になります。

家族の方の参加費用

宿泊費用 大人 1200 円 高校生以下 140 円

朝食 300 円, 昼食 430 円, 夕食 500 円

患者友の会の入会状況

ヤングフェニックスはまゆう会 : 会員 ・ 非会員 ・ 入会希望

(年会費 6000 円)

本会では、通学している学校の先生に病気のことを理解していただく取り組みをすすめております。

学校に依頼してもよければ以下にご記入をお願いします。

依頼される場合、学校長宛てに担任の先生、主任、養護教諭、栄養教諭などに派遣要請を行います。

ご希望されても、要望に添えないこともございますので、ご了承ください。

通学している学校にキャンプ参加を 依頼する ・ 依頼しない

保育園・幼稚園・幼保園・小学校・中学校・高等学校・高等専門学校・その他

学校名: _____

クラス: 年 組

申し込み先・お問い合わせ

〒880-0031 宮崎市船塚3丁目68番地エトワール船塚106

(株) イチバイト内

ヤングフェニックスはまゆう会 サマーキャンプ事務局

TEL 090-4991-7609 FAX 0985-75-0827

yokomine@young-phoenix.org

担当: 横峯 良弘