

平成 年 月 日
受付者 印

キャンプ申込用紙

参加日 平成 年 月 日 ~ 月 日 泊 日

会員 _____ 会員外

参加者氏名 _____ 才

電話番号 _____ 住所

緊急連絡先 _____ 領収金額 _____ 円

食物アレルギー ある ・ ない
ある場合の方(アレルゲンをご記入下さい。)

車酔い する ・ しない

嫌いな食べ物(どうしても食べられない食べ物)

持病 ある ・ ない
ある場合の方へ病名をお書き下さい

お薬を常用していますか？
している ・ していない

している場合お薬を飲む時間は？
朝 ・ 昼 ・ 夜 その他

注意してほしいことがありましたら、ご記入下さい。(アレルギー等)

同意書

上記キャンプに参加することに同意いたします。

保護者名 _____ 印