日本ボーイスカウト千葉県連盟

ウッドバッジ研修所スカウトコース　参加申込書

＿＿＿＿＿第＿＿＿＿＿期　　平成　　年　　月　　日申込

［期間］平成　　年　　月　　日～　　月　　日　［場所］＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

［参加予定の課程別研修］＿＿＿＿＿＿＿＿＿課程

ふりがな		性別	男 ・ 女	写真貼付 たて×よこ 3.5cm×2.5cm 上半身のもの
氏　　名	㊞			
住　　所	（〒　　－　　） 電話（　　）　　－　　/ＦＡＸ（　　）　　－			
E-mail	※アドレスはわかりやすくお書きください。			
携帯電話	（　　）　　－ ※携帯電話をお持ちでない場合、確実に連絡のとれる電話番号をお書きください。			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生（満　　歳　　月）			
所　　属	＿＿＿連盟（＿＿＿＿地区）＿＿＿第＿＿＿団＿＿＿隊 役務＿＿＿＿			
登録番号	□□□□□□□□□□	地区・県連盟役務		
ボーイスカウト講習会	開設県連盟　＿＿＿＿連盟　　修了年月日　　修了番号＿＿＿＿ 第＿＿＿回ボーイスカウト講習会　　昭和・平成　　年　　月　　日			
スカウトキャンプ研修会	第　　回　修了日　平成　　年　　月　　日			
ウッドバッジ研修所	＿＿＿＿課程＿＿＿第＿＿＿期・回 修了日　昭和・平成　　年　　月　　日　所長名＿＿＿＿ ＿＿＿＿課程＿＿＿第＿＿＿期・回 修了日　昭和・平成　　年　　月　　日　所長名＿＿＿＿			
ウッドバッジ実修所	＿＿＿＿課程＿＿＿第＿＿＿期・回　所長名＿＿＿＿ 修了日　昭和・平成　　年　　月　　日　（ﾊﾟｰﾁﾒﾝﾄNo.＿＿＿＿）			
安全セミナー	第　　回　履修日　平成　　年　　月　　日			
奉仕歴（過去５年間における団内の役職と奉仕年月）		団委員長の同意	平成　　年　　月　　日 ㊞	
		地区ｺﾐｯｼｮﾅｰの推薦	平成　　年　　月　　日 ㊞	
		県連盟ｺﾐｯｼｮﾅｰの推薦	平成　　年　　月　　日 ㊞	

※ 記載された個人情報は、指導者訓練（隊指導者基礎訓練課程）以外には使用致しません。

日本ボーイスカウト千葉県連盟

健　康　調　査　票

１．参加申込者（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、でき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いただくことがあります。
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（　　）

※携行持薬の有無　　ない・ある（　　）

Ⅱ　この１年間、特に直近３ヶ月前後以内の健康状態について

１．きわめて調子は良かった　２．特に問題なかった　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、あるを〇でかこむ）

※　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	・腹が痛むことはありませんか	ない・ある
・心臓がし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、鼻水は出ませんか	ない・ある	・腰痛や背部痛はありませんか	ない・ある
・鼻血が出やすいですか	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（過去の傷病歴 等）

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	

平成　　年　　月　　日　　本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿