

こどもおぢばがえり ひのきしん参加申込書

学生スタッフ

係員(学生以外)

※該当する方を丸で囲んでください。

天理教奈良教区長 上村 善孝 殿

下記の者、主旨を解し申し込ませて頂きます。

令和 年 月 日

参加期間

前期 中期 後期

保護者 氏名 _____ (印)

ふりがな				性別	血液型
氏名				男・女	型
生年月日	S・H	年	月	日生	歳
住所	〒 _____ Tel ()				
支部	直属		所属		
校名	学年	年	立場	教会長家族 布教所長家族 教会役員家族 信者家族 未信者家族 教会長 布教所長 よふぼく 信者	
今年で何回目ですか		回目			
健康状態(薬の服用や持病のある方は詳しく)					

右記のQRコードからも参加のお申し込みが可能です。
未成年の方は必ず、同意書に署名・ご捺印の上ご持参ください。



- ※お申し込みの際、事前に各支部担当者へご連絡をお願いいたします。
- ※参加申込書、及び参加費は、入隊当日にご持参ください。
- ※未成年の方は、保護者の署名捺印、及び裏面の同意書が必要となります。
- ※保護者の方は、必ず裏面の同意書をご一読いただき、ご署名ご捺印をお願いいたします。

こどもおちばがえりひのきしん参加中に傷病等で 受診した際の個人情報への対応について

こどもおちばがえりひのきしんに参加されている間の安全と健康には十分に配慮させていただきますが、もし受診治療が必要となった場合は、引率者の責任において速やかに対応したいと考えます。

受診に際し、保護者の方への状態の報告や連絡は常にとらせていただきますが、個人情報保護法により、診療内容や病状の説明など、個人情報に関する部分は保護者の同意がない限り他者が直接伺うことができません。より迅速に対応させていただく上からも、引率者（またはその指名する者）が病状の説明を受けることに同意していただきますようお願い申し上げます。

同意書の意義をご理解の上、以下の同意書をご提出ください。

※同意書がないと受診できないという趣旨ではありません。

※この同意書はこどもおちばがえりひのきしんへの参加中に傷病などで受診をし、担当医より病状の説明を受ける時以外に使用しません。また、終了後は個人情報に十分配慮して速やかに廃棄します。

同 意 書

こどもおちばがえりひのきしんに参加している子どもの保護者である私は、受診に際して傷病名や治療の内容、検査結果など、保護者への報告に必要な範囲での個人情報を、本状を持参した引率責任者に提供することに同意いたします。

ふりがな	性別： 男 ・ 女 年齢： 歳
参加者 氏 名	生年月日：平成 年 月 日生

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ ⑩

参加者との続柄（ ）

緊急連絡先 TEL _____