

団 運 営 研 修 所

静岡第17期 開設要項

1. 開設目的 団委員長又は、団委員及び団運営に関心を持つ人々を対象として団運営の基本的事項を知ることによって団運営者としての責務を理解し、団運営と管理の能力を高める事を目的とします。
2. 期 間 平成20年9月21日(日)～23日(火) 2泊3日 舎営
3. 場 所 国立中央青少年交流の家
〒 412-0006 御殿場市中畑 2092-5
TEL 0550-89-2020
4. 所 長 花畑 金亨 (日本連盟副リーダートレーナー)
5. 参加資格 19歳以上の加盟員で、ボーイスカウト指導者講習会を修了し、県コミッショナーの推薦のある者。(当県連盟内の申込者については、地区コミッショナーの推薦をもって県コミッショナーの推薦にかえます。)
6. 定 員 30名(申込締切り前でも、定員になり次第締切ります。)
7. 申込方法 参加希望者は、参加申込書に必要事項を記入し、課題研修を添え、所属地区を經由して、8月31日(日)迄に、申込先に提出して下さい。
8. 参加許可 参加申込書が完備して提出された後、参加許可書ならびに参加案内を送付致します。
9. 参加費 15,000円 当日受付へ提出(県外の場合は現金書留に申込書を添えて申込み先へ提出する)なお、参加許可書送付後の、当日及び3日前のキャンセルは食材等の準備済のため、後日地区経由で請求させていただきます。
10. 開設担当 ボーイスカウト静岡県連盟
11. 申込先 〒 420-0068 静岡市葵区田町1-70-1(静岡県青少年会館内)
ボーイスカウト静岡県連盟事務局
TEL 054-255-6185 FAX 054-255-6186

電話での申込みは一切受けつけません。



団運営研修所申込書

_____ 第 _____ 期 _____ 年 _____ 月 _____ 日申込

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

ふりがな 氏名	性別	男・女	写真貼付 たて×よこ 3.5cm×2.5cm 上半身のもの
住所	(〒 _____) 電話 _____ FAX _____			
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳 _____ 月)			
所属 連盟 (..... 地区) 第 団 隊 役務			
登録番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	地区・県連盟役務		
指導者講習会	開設県連盟 (地区) _____ 連盟 _____ 地区 _____	修了年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
ウッドバッジ研修所 (該当者は必ず記入) 課程 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、P-チケット 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、全て記入ください。			
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)	事務上の連絡先	確実に連絡のとれる電話番号(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	印		
	地区コミッショナの推薦	印		
	県連盟コミッショナの推薦	印		

ご記入いただいた内容は、財団法人ボーイスカウト日本連盟または所属県連盟において参加申込をいただ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いただきます。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 票

1. 基本訓練参加申込者（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
----	----	----	----

<p>現在、治療中の病気等がありますか ない・ある（以下記入ください）</p> <p>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（ _____ ）</p>																																												
<p>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</p> <p>1. きわ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</p>																																												
<p>最近の体調について（ない、あるを でかこむ）</p> <p>近い症状のものについては ある を選択してください</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">・頭痛、頭重感はありませんか</td> <td style="width: 33%;">ない・ある</td> <td style="width: 33%;">・現在ケガはありませんか</td> <td style="width: 33%;">ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・めまい、ふらつきはありませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・吐き気や吐くことはありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・動悸はしませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・腹が痛むことはありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・心臓がしめつけられるような感じは</td> <td>ない・ある</td> <td>・下痢をしやすいですか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・息苦しくなることはありませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・便秘をしやすいですか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・せき、たん、鼻水は出ませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・腰痛や背部痛はありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・鼻血が出やすいですか</td> <td>ない・ある</td> <td>・関節に痛みはありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・口がひどく渇きませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・身体がだるくありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・尿の回数は多くないですか</td> <td>ない・ある</td> <td>・少しの作業でも疲れませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・顔や脚にむくみはありませんか</td> <td>ない・ある</td> <td>・不安感やイライラ感は</td> <td>ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・十分に眠れないことがありますか</td> <td>ない・ある</td> <td>・気を失ったことはありませんか</td> <td>ない・ある</td> </tr> </table>	・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
・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																																									
<p>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</p>																																												
<p>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</p>																																												

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 _____