



ウッドバッジ 研究 修所 基本訓練申込書

 WB 実修所
 課題研修履修番号

_____ 課程 _____ 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"/>	地区・県連盟役務			
指 導 者 講 習 会	開設県連盟 (地区) _____		修了年月日 _____		
	連盟 _____		地区 _____	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、パ-チメント 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、 <u>全て記入</u> 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		
	地区ミッショナ- の 推 薦		印		
	県連盟ミッ 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-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">・頭痛、頭重感はありませんか</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ない・ある</td> <td style="width: 50%;">・現在ケガはありませんか</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・めまい、ふらつきはありませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・吐き気や吐くことはありませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・動悸はしませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・腹が痛むことはありませんか</td> <td style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・下痢をしやすいですか</td> <td style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・便秘をしやすいですか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・せき、たん、鼻水は出ませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・腰痛や背部痛はありませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・鼻血が出やすいですか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・関節に痛みはありませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・口がひどく渴きませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・身体がだるくありませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・尿の回数は多くないですか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・少しの作業でも疲れませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> </tr> <tr> <td>・顔や脚にむくみはありませんか</td> <td style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・不安感やイライラ感は</td> <td style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">ない・ある</td> <td>・気を失ったことはありませんか</td> <td style="text-align: center;">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	・口がひどく渴きませんか	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																																										
・口がひどく渴きませんか	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_____