【パーソナルシート】**事業名　2019年度南関東地区シニア部門事業**

|  |
| --- |
| 　　　　　　　千葉県　　第　　　　団　 |
| ふりがな :氏　名： | 生年月日：西暦　　　　年月　　　日 | 年　齢：　　　　　　歳 | 学　年：中学　【　　　　　】年生 |
| 住　所：　〒　　　　－　 |
| 連絡先：(※緊急の場合も含みます)お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご本人との関係【　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 昼　間： | 夜　間： |
| 食事について：　●食物アレルギーなど何か注意することはありますか？　　　　【　ある　　・　　なし　】※“ある”場合、具体的にお書きください。 |
| 事業参加について：　●事業参加中、身体的に何か注意することはありますか？　【　ある　　・　　なし　】　　※“ある”場合、具体的にお書きください。 |
| 普段の生活について：　●定期的な薬の服用はありますか？　　　　　　　　　　　　　【　ある　　・　　なし　】　　※“ある”場合、具体的にお書きください。 |
| その他、事業期間中、手助けを必要とすることがあればご記入ください |

【署　名】　　　　　　　　　　　　　　　　（署名日：　　　　年　　　月　　　日）

参　加　者　：

　　　　保　護　者　：　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| **担当リーダーからの申し送りがありましたらご記入ください。** |