**大台ヶ原・大杉谷の森林再生応援団　参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加者**  **氏名** | ふりがな | 男・女 | | **ご家族の同意**  （参加者が小学生の場合には、ご記入ください）  私は、本活動の趣旨に同意し、参加を申し込みします  ご家族・署名 | | | |
| **生年月日** | 西暦　　　　年　　月　　　日生 | | |
| **年齢** | 才 | | | **年齢** | | 才 |
| **住　所** | （〒　　　―　　　　　） | | **電話番号**  （携帯等、連絡つきやすいもの） | |  | | |
| **E-mailアドレス** | |  | | |
| **活動中**  **緊急時の連絡先** | 携帯電話及び自宅以外の連絡先のある方はご記入ください　（本人との関係　　　　　　　　　　　）  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | |
| **作業の希望** | いずれかに○を記入してください。  ササ刈り　・　ネット巻き　・　どちらでも  ※　申込者多数の場合はご希望に添えない場合もあります。  **応援作業の内容**  ササ刈り　・・・・柵によって保護されているトウヒなどの稚樹の周りのササを刈る作業  ネット巻き・・・・トウヒなどの樹木の幹にシカ等による樹皮はぎを防ぐためのネットを巻く作業 | | | | | | |
| **当日の交通手段** | いずれかに○を記入してください。  自家用車　・　公共交通機関(バス)　・　その他（　　　　　） | | | | | | |
| ■備考（必要事項等があればご記入ください）  ※不安なこと、特別に配慮してほしいこと（喘息、妊婦、ペースメーカー、障がい（留意事項・発作の有無・発作の状況等）、  アレルギー、持病、健康診断の結果、特別な服用薬、運動制限、輸血について、宗教上配慮してほしいこと等） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 下記の質問事項で、該当するものをチェックしてください  ●活動中、記録の目的で撮影した写真を、環境省の取り組みや事業紹介の為に、募集要項やホームページなどに掲載する場合があります。写真の掲載についての承諾の確認をお願いします。　□写真掲載を**承諾する**□写真掲載を**承諾しない**  ●健康状態　　□きわめて良好　　□良好　　□あまりよくない  ●体力　　□ある　　□ふつう　　□つかれやすい　　□分からない  ●今までにかかった大病　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●投薬の有無とその注意事項　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●おこしやすいもの　　□頭痛　　□腹痛　　□下痢　　□便秘　　□乗物酔い（薬の有・無）□鼻出血  　□アトピー性皮膚炎（薬の有・無）　　□その他おこしやすいもの（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●ぜんそく　□なし　　□あり　（薬の　有・無）　　●最近の喘息の状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●アレルギーの有無と注意事項　□なし　□あり【植物・動物(犬・猫・その他　　)・皮膚炎・鼻炎・日光・ホコリ・金属】  ※アレルギーの注意点、程度をご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※**食物アレルギー該当のものに○をつけてください【　卵・乳製品・小麦・そば・落花生・エビ・カニ　】  **※**その他の食物アレルギー品目をご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●持病はございますか？もし、持病をお持ちの場合は、持病に対する薬の有無とかかりつけの医師・病院の情報をご記際ください。  　（持病： 有 ・ 無 ）　　（持病がある方：かかりつけの医師・病院の情報（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※本申込書で取得した個人情報については、取得目的の範囲内でのみ利用し、これらの目的以外で利用することはありません。イベント終了後には廃棄いたします。