

入団（隊）申込書

登録番号

ボーイスカウト芦屋第3団々委員長 殿

記入日	西暦	年	月	日
生年月日	西暦	年	月	日
性別	男・女			
住所	(〒)			
※マンション名などもご記入ください				
電話番号	FAX 番号			
E-mail アドレス				宗教など

※緊急連絡先、E-mail アドレス、宗教については名簿には記載いたしません。

■健康調査 ※健康状態に不安がある場合は、あらかじめ医師の診断を受け、参加できることを確認してください。

身長	cm	体重	kg	コンタクトレンズの使用	有・無
I. この1か月の健康状態（該当項目の番号を○で囲み、_____部分には所要事項を記入する）					
1. 健康である					
2. 病気をしたが（学校、仕事を）休むほどではなかった					
3. 病気のため休んだことがある 病名_____ いつ頃_____ 日数_____日					
II. 1. 該当する症状（□にチェックしてください）					
① <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい ② <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい ③ <input type="checkbox"/> 胃痛や腹痛をおこしやすい					
④ <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい ⑤ <input type="checkbox"/> 熱がでやすい ⑥ <input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れやすい					
⑦ <input type="checkbox"/> 目が充血しやすい ⑧ <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい ⑨ <input type="checkbox"/> 出血すると止まりにくい					
⑩ <input type="checkbox"/> 疲れやすい ⑪ <input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい ⑫ <input type="checkbox"/> ときどき頭痛がする					
⑬ <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い(太陽・虫・他) ⑭ <input type="checkbox"/> 喘息発作を起こすことがある					
2. 該当項目を○で囲み、所要事項を記入してください					
①薬品アレルギー ある ない					
発症薬品名〔 _____ 〕					
症状〔 _____ 〕					
②その他のアレルギー（食べ物・花粉等） ある ない					
発症原因〔 _____ 〕					
症状〔 _____ 〕					
③常時服用している薬 ある ない					
病名〔 _____ 〕					
薬品名〔 _____ 〕					
III. その他、生活・身体上のことで留意することがありましたらお書きください。					
保護者氏名				続柄	
緊急連絡先				電話番号 (_____)	

■プロフィール

●指導者に知ってほしいこと（健康状態、性格など）

●活動に対する希望など

●保護者として活動にご協力いただけること（運転、集会場所の提供、資材提供、入隊者紹介、過去のスカウト経験など）

■家族構成

続柄	氏名	生年月日	職業	勤務先・学校（学年）	宗教など
本人		同上			同上
		西暦 . .			
		西暦 . .			
		西暦 . .			
		西暦 . .			
		西暦 . .			

※太枠内にご記入いただいた方あてに書類などを送付させていただきます。

■同意書

●本人の同意

わたしは、ボーイスカウト芦屋第3団

該当隊に

(ビーバー隊・カブ隊・ボーイ隊・ベンチャー隊・ローバー隊・指導者)

に入ることを希望します。

本人氏名

●保護者の同意

私は、スカウト教育法に基づく活動であることを理解し、ボーイスカウト芦屋第3団の活動や運営に必要な協力と援助をいたします。また、別紙1の内容に同意いたします。

保護者氏名