

(提出書類1)

# 「医療教室」参加申込書

※黒枠内の記入をお願いします。

※次のとおり参加申込みをします。

			平成30年	月	日
フリガナ		性別	男 ・ 女		
氏名		生年月日	平成	年	月 日
学校・学年	中学校 年生				
フリガナ					
保護者氏名					印
肖像権等 使用の承諾	「医療教室」にかかる記録写真や記録映像等については、新聞やテレビ、県の広報、報告書等で使用させていただきます。参加に当たっては、肖像権使用の承諾を前提とします。				
住所	〒 — 自宅 TEL ( ) — 緊急連絡先(携帯電話番号等) TEL ( ) — ※緊急連絡先は、日中連絡が付くところを必ずご記入ください。				
「医療教室」に参加希望、体験してみたいことなどについて					
「医療教室」に参加したい動機・理由について書いてください。					
「医療教室」の日程の中で、特に興味のあるもの・体験してみたいこと・知りたいこと・調べてみたいことなど書いてください。					

☆ 参加希望者は **10月12日(金)必着**で「**医療教室**」運営事務局 まで送付してください。

<提出物> ・「**参加申込書**」(提出書類1)・・・保護者欄の押印を確認してください。  
・「**健康調査票**」(提出書類2)・・・保護者の方が記入してください。  
・「**返信用封筒**」(縦33cm・横24cm以内のA4判の用紙が入る封筒に140円切手を貼付し、自宅住所、申込者氏名、学校名を記入したもの)

※ ご記入いただいた個人情報、本事業でのみ使用し、本事業終了後は福島県保健福祉部医療人材対策室で処分します。

(提出書類2)

# 「医療教室」健康調査票

※黒枠内の記入をお願いします。

		平成30年	月	日
氏名		血液型		
記入者氏名 (保護者)				
質問		回答欄		
最近2週間で体調の悪かったことがありましたか。		はい いいえ		
「はい」と答えた方 いつごろ、どんな症状でしたか→				
現在通院していますか。		はい いいえ		
「はい」と答えた方 治療内容と病院名をご記入ください→				
食品や薬品のアレルギー、過敏症などありますか。		はい いいえ		
「はい」と答えた方 何に対してどんな症状ですか→				
その他、「医療教室」の参加にあたって、体質や疾病等で心配なこと、現在かかっている病気、長期に服用している薬(薬品名)などがあればお知らせください。				
■上記事項にかかわり緊急対応時に連絡をする医療機関がある場合は、記入してください。				
医療機関名：		TEL：		
医師名：				

(注)健康調査票は、保護者の方がご記入ください。

- ※ ご記入いただいた個人情報は、本事業でのみ使用し、本事業終了後は福島県保健福祉部医療人材対策室で処分します。
- ※ 医療教室では、医療器具の使用や飲食の体験など、アレルギー等の発生が想定されることから、本健康調査票のご記入をお願いしています。
- ※ アレルギー疾患を有し、配慮・管理が必要な生徒には、保護者への聞き取り等をお願いすることがあります。