

2019 年 佐賀サマーキャンプ ボランティア参加申込書

ふりがな 氏 名 : 生年月日 (必須) : 昭・平 年 月 日	男・女	所属先、学校名、学年 :
連絡用 PC メールアドレス (必須) : (注) キャンプ用 ML 登録用として PC メールアドレスを記入して下さい。携帯アドレス (@docomo.ne.jp 等) は原則不可です。		
職種 : 医師 看護師 薬剤師 管理栄養士 理学療法士 保健師 その他 ()	参加区分 : 学生スタッフ 医療スタッフ 企業スタッフ OG・OB 成人1型 その他 ()	

キャンプ宿泊・食事有無 (必須) ※宿泊・食事の必要日に○を、不要日は×

波戸岬への宿泊		8 月 11 日		8 月 12 日		8 月 13 日		日糖協または友の会 ☐ 会員 ☐ 非会員	
8 月 11 日	8 月 12 日	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	朝食		昼食

サマーキャンプ参加時間帯または参加イベント名など詳細 ※途中参加、途中帰宅の方は必須

8 月 11 日 (日)	8 月 12 日 (月祝)	8 月 13 日 (火)
: ~ :	: ~ :	: ~ :

【医療スタッフ参加費 ; 1 日 (宿泊なし) 500 円、1 泊 2 日 1,000 円、2 泊 3 日 2,000 円】

保健管理カード (必須) 氏名【 】 2019 年 月 日記入

現住所 電話番号	現住所 : 携帯番号 :
緊急 連絡先	氏名 : 続柄 () 緊急連絡先の住所 : 緊急連絡先の電話番号 :
治療中の病気やケガ 治療内容	
アレルギー (薬・食べ物)	
その他特記事項	

自己紹介カード★しおり掲載用

ふりがな	ニックネーム :
名 前 :	男・女
参加区分 : 学生スタッフ 医療スタッフ 企業スタッフ OG・OB その他 ()	
趣味やマイブーム等 :	
子どもたちへのメッセージ :	

◎キャンプスタッフ T シャツについて

今年もキャンプスタッフ T シャツを昨年と同じ

デザインで作成する予定です。

T シャツ購入の有無について

記載してください。

(6 月 23 日に サイズ合わせをします。)

● T シャツの購入を、

希望する(サイズ)・しない

