



課程別研修および団委員研修参加申込書についても同様に記載に注意する

ウッドバッジ研修所スカウトコース 参加申込書

団委員長の同意日と同じ

例) 東京 第 23 期

年 月 日 申込

[期間] 年 月 日 ~ 月 日 [場所] _____

[参加予定の課程別研修] 申込部門名を記載 課程

裏面に団名と名前を書き貼る

ふりがな			性別	男 ・ 女	写真貼付 たて×よこ 3.5cm×2.5cm 上半身のもの
氏 名					
住 所	(〒 -) 電話 () - / FAX () -				
E-mail	※アドレスはわかりやすくお書きください。				
携帯電話	() - ※携帯電話をお持ちでない場合、確実に連絡のとれる電話番号をお書きください。				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳 月) 申込日現在				
所 属	_____ 連盟 (_____ 地区) _____ 第 _____ 団 _____ 隊 役務 _____ 申込日現在				
登録番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □		地区・県連盟役務		あれば記載する
ボーイスカウト講習会	開設県連盟 (地区) _____ 修了年月日 _____ 必須 「第〇〇回」も記入 連盟 _____ 地区 _____ 昭和・平成 年 月 日				
研 修 歴	W B 実修所	修了していれば記載する パーチメントNo. _____ 課程 第 期 修了日 昭和・平成 年 月 日 (_____)			
	<p>その他研修歴：(※上記の他に修了しているウッドバッジ研修所・ウッドバッジ実修所・団委員研修所・団委員実修所・安全セミナーがありましたら、記入してください。)</p> <p>例) 東京連盟 252回 スカウトキャンプ研修会修了日： 例) 2021 年 11 月 7 日 未修了 中止等で修了していなければ○をする</p>				
奉仕歴 (過去5年間に於ける団内の役職と奉仕年月) 例) 2017年6月～2018年3月 BVS補助者 2018年4月～2022年3月 CS隊副長 2022年4月～CS隊隊長			団委員長の 同 意	年 月 日 申込日と同じ日 本人の署名	
			地区コミッショナー の推薦	年 月 日	
			県連盟コミッショナー の推薦	年 月 日	

※ 記載された個人情報、指導者訓練(隊指導者基礎訓練課程)以外には使用致しません。

健康調査票

1. 参加申込者（本人）が記入してください。
2. 以下の質問は活動期間中のあなたの健康状態の参考にさせていただきますので、できるだけ正確にお答えください。
3. 後に個別に健康状態を尋ねさせていただくことがあります。
4. 記載内容については一切他に公表しません。
5. 当該の訓練機関以外には使用いたしません。

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

I 現在、治療中の病気等がありますか ない・ある （以下記入ください） 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 肺疾患 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 胃腸病 ・ 腎臓病 ・ 血液疾患 感染症 ・ 腰のヘルニア ・ アレルギー（具体的に _____ ） 、 妊娠 その他（ _____ ） ※ <u>携行持薬の有無</u> ない・ある （ _____ ）			
II この1年間、特に直近3ヶ月前後以内の健康状態について 1. きわめて調子は良かった 2. 特に問題なかった 3. 病気はしたが休むほどではなかった 4. 病気のため休んだ → 病名 _____ 、その日数 _____ 日			
III 最近の体調について （ない、あるを○でかこむ） ※ 近い症状のものについては <u>ある</u> を選択してください			
・頭痛、頭重感はありませんか	ない・ある	・現在ケガはありませんか	ない・ある
・めまい、ふらつきはありませんか	ない・ある	・吐き気や吐くことはありませんか	ない・ある
・動悸はしませんか	ない・ある	・腹が痛むことはありませんか	ない・ある
・心臓がしめつけられるような感じは	ない・ある	・下痢をしやすいですか	ない・ある
・息苦しくなることはありませんか	ない・ある	・便秘をしやすいですか	ない・ある
・せき、たん、鼻水は出ませんか	ない・ある	・腰痛や背部痛はありませんか	ない・ある
・鼻血が出やすいですか	ない・ある	・関節に痛みはありませんか	ない・ある
・口がひどく渇きませんか	ない・ある	・身体がだるくありませんか	ない・ある
・尿の回数は多くないですか	ない・ある	・少しの作業でも疲れませんか	ない・ある
・顔や脚にむくみはありませんか	ない・ある	・不安感やイライラ感は	ない・ある
・十分に眠れないことがありますか	ない・ある	・気を失ったことはありませんか	ない・ある
IV 特に医師から注意を受けていることがあればお書きください <div style="text-align: center;">無ければなしと記入</div>			
V 上記以外に不安なことや特記することがあればお書きください（過去の傷病歴 等） <div style="text-align: center;">無ければなしと記入</div>			

期間中の緊急連絡先	氏名（参加者との続柄） ()	日 中	電話番号
		夜 間	電話番号
		携帯電話	電話番号

年 月 日 本人署名 **忘れずに署名する**