



# ウッドバッジ 研 修 所 基 本 訓 練 申 込 書

W B 実 修 所  
課題研修履修番号

\_\_\_\_\_ 課程 \_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_\_ 期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 申込

[期間] 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 [場所] \_\_\_\_\_

|                                     |   |                         |   |       |  |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---|-------|--|
| ふりがな<br>氏 名                         | -----<br>Ⓜ  |                         | 性別  | 男 ・ 女 | 写真貼付<br><br>たて×よこ<br>3.5cm×2.5cm<br><br>上半身のもの |
| 住 所                                 | (〒 _____ )<br><br>電話 ( _____ ) _____ / FAX ( _____ ) _____  |                         |   |       |  |
| e-mail                              | (注: アドレスはわかりやすくお書きください)   |                         |   |       |  |
| 生年月日                                | _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳 _____ 月)  |                         |   |       |  |
| 所 属                                 | _____ 連盟 ( _____ 地区) _____ 第 _____ 団 _____ 隊 役務 _____   |                         |   |       |  |
| 登録番号                                | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 地区・県連盟役務                |   |       |  |
| ボーイ<br>スカウト<br>講習会                  | 開設県連盟 (地区) _____  |                         | 修了年月日 _____   |       |  |
|                                     | _____ 連盟 _____ 地区   |                         | 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日                               |       |  |
| 当該課程<br>ウッドバッジ研修所<br>(WB実修所申込者のみ記入) | _____ 課程 _____ 第 _____ 期  |                         | 修了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所長名 _____                       |       |  |
| ウッドバッジ実修所<br>(他課程修了者のみ記入)           | _____ 課程 第 _____ 期  |                         | 所長名 _____<br>修了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 パーチメント No. _____ ) |       |  |
| 事務上の連絡先                             | ※確実に連絡のとれる電話番号(自宅・勤務先・携帯電話)をご記入ください。  |                         |   |       |  |
| 奉仕歴<br>(過去5年間における団内の役職と奉仕年月)        | 団委員長の<br>同 意  | _____ 年 _____ 月 _____ 日 | Ⓜ   |       |  |
|                                     | 地区コミッショナー<br>の推薦  | _____ 年 _____ 月 _____ 日 | Ⓜ   |       |  |
|                                     | 県連盟コミッショナー<br>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・上級訓練)以外には使用致しません。

## 健 康 調 査 票

1. 基本訓練参加申込者（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 |
|----|----|----|----|

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <p><b>I 現在、治療中の病気等がありますか</b>    <b>ない・ある</b>（以下記入ください）</p> <p>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<br/>         感染症・腰のヘルニア・アレルギー（具体的に_____）、妊娠<br/>         その他（_____）</p>   |  |  |  |   |
| <p><b>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</b></p> <p>1. きわめて調子は良かった<br/>         2. 特に問題はなかった<br/>         3. 病気はしたが休むほどではなかった<br/>         4. 病気のため休んだ → 病名_____、その日数_____日</p>  |  |  |  |   |
| <p><b>III 最近の体調について</b>（ない、あるを○でかこむ）</p> <p>※ 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</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%; border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・頭痛、頭重感はありませんか</li> <li>・めまい、ふらつきはありませんか</li> <li>・動悸はしませんか</li> <li>・心臓がしめつけられるような感じは</li> <li>・息苦しくなることはありませんか</li> <li>・せき、たん、鼻水は出ませんか</li> <li>・鼻血が出やすいですか</li> <li>・口がひどく渇きませんか</li> <li>・尿の回数は多くないですか</li> <li>・顔や脚にむくみはありませんか</li> <li>・十分に眠れないことがありますか</li> </ul> </td> <td style="width: 10%; border: none; text-align: center;"> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> </td> <td style="width: 40%; border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在ケガはありませんか</li> <li>・吐き気や吐くことはありませんか</li> <li>・腹が痛むことはありませんか</li> <li>・下痢をしやすいですか</li> <li>・便秘をしやすいですか</li> <li>・腰痛や背部痛はありませんか</li> <li>・関節に痛みはありませんか</li> <li>・身体がだるくありませんか</li> <li>・少しの作業でも疲れませんか</li> <li>・不安感やイライラ感は</li> <li>・気を失ったことはありませんか</li> </ul> </td> <td style="width: 10%; border: none; text-align: center;"> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・頭痛、頭重感はありませんか</li> <li>・めまい、ふらつきはありませんか</li> <li>・動悸はしませんか</li> <li>・心臓がしめつけられるような感じは</li> <li>・息苦しくなることはありませんか</li> <li>・せき、たん、鼻水は出ませんか</li> <li>・鼻血が出やすいですか</li> <li>・口がひどく渇きませんか</li> <li>・尿の回数は多くないですか</li> <li>・顔や脚にむくみはありませんか</li> <li>・十分に眠れないことがありますか</li> </ul> | <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在ケガはありませんか</li> <li>・吐き気や吐くことはありませんか</li> <li>・腹が痛むことはありませんか</li> <li>・下痢をしやすいですか</li> <li>・便秘をしやすいですか</li> <li>・腰痛や背部痛はありませんか</li> <li>・関節に痛みはありませんか</li> <li>・身体がだるくありませんか</li> <li>・少しの作業でも疲れませんか</li> <li>・不安感やイライラ感は</li> <li>・気を失ったことはありませんか</li> </ul> | <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・頭痛、頭重感はありませんか</li> <li>・めまい、ふらつきはありませんか</li> <li>・動悸はしませんか</li> <li>・心臓がしめつけられるような感じは</li> <li>・息苦しくなることはありませんか</li> <li>・せき、たん、鼻水は出ませんか</li> <li>・鼻血が出やすいですか</li> <li>・口がひどく渇きませんか</li> <li>・尿の回数は多くないですか</li> <li>・顔や脚にむくみはありませんか</li> <li>・十分に眠れないことがありますか</li> </ul>  | <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在ケガはありませんか</li> <li>・吐き気や吐くことはありませんか</li> <li>・腹が痛むことはありませんか</li> <li>・下痢をしやすいですか</li> <li>・便秘をしやすいですか</li> <li>・腰痛や背部痛はありませんか</li> <li>・関節に痛みはありませんか</li> <li>・身体がだるくありませんか</li> <li>・少しの作業でも疲れませんか</li> <li>・不安感やイライラ感は</li> <li>・気を失ったことはありませんか</li> </ul> | <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p> <p><b>ない・ある</b></p>  |   |
| <p><b>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</b></p>  |  |  |  |   |
| <p><b>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</b></p>  |  |  |  |   |

|           |                      |      |  |
|-----------|----------------------|------|--|
| 期間中の緊急連絡先 | 氏名（参加者との続柄）<br>_____ | 日 中  |  |
|           | _____                | 夜 間  |  |
|           | _____                | 携帯電話 |  |

年      月      日      本人署名\_\_\_\_\_