

※学校で取りまとめの上、ご提出ください

令和7年度青少年赤十字リーダーシップ・トレーニング・センター

参加申込書 中学校用

| | | | | | |
|---------------------------|---|-----|-----|----|-------|
| ふりがな | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名 | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 校 種 | 中学校 | 学年 | 年生 |
| 学 校 名 | | | | | |
| 住 所 (自宅) | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | | | | |
| 緊急連絡先 | (続柄:) | | | | |
| 健康状態 | 良好・特記事項 (詳細) | | | | |
| アレルギー の有無 | 無・有 (アレルギー部類 (例: クルミ、乳製品など)) 【アレルギー「有」の方はご回答ください。】 ・これまでにアナフィラキシーショックなど重篤な症状が現れたことは ありますか? (有 ・ 無) ・現在、常用している薬をお持ちの方は薬名をご記入ください。 () | | | | |
| 青少年赤十字 の経験 (年数・活動等) | | | | | |

※裏面に続きます。

日本赤十字社東京都支部では広報資料(パンフレット、DVD 他)、カレンダー等の印刷物やホームページに掲載する写真や映像を、年間を通して撮影しております。この度の令和7年度青少年赤十字リーダーシップ・トレーニング・センターについても撮影を予定しておりますが、この撮影及び出版物等への掲載について、ご理解・ご了承をいただきますようお願いいたします。

また、撮影した写真は本センター終了後参加者内で共有する予定です。

ご了承いただけない場合は、大変お手数ですが、日本赤十字社東京都支部青少年ボランティア課までご連絡をお願いいたします。

令和7年度『青少年赤十字リーダーシップ・トレーニング・センター』への参加を承諾いたします。

令和 年 月 日

指導者(青少年赤十字担当教員)氏名 _____ 保護者氏名 _____ 印

※指導者と保護者の両方の署名が必要です。

日本赤十字社東京都支部 御中

<担当>

日本赤十字社東京都支部 青少年・ボランティア課

T E L : 03-5273-6751

F A X : 03-5273-6749

M A I L : seishonen@tokyo.jrc.or.jp