



# 2019年こどもプラス軽井沢ツアー 参加申込書

申込締切: 7月31日(水) ※7月中のツアー希望の方は7月3日(水)迄にお申込下さい

「こどもプラスツアー参加に関する誓約事項」に同意し、下記のとおり申し込みいたします。

申込日: 年 月 日

◆希望日時(以下の3つの日程で第1希望～第3希望に1～3の数字を入れて下さい)

A: 7/13(土)～7/15(月)     B: 9/7(土)～9/9(月)     C: 9/21(土)～9/23(月)

※1泊2日又は2泊3日などの旅行プランはツアー開催決定後にご相談致します

◆集合場所・交通手段について

①ご自身の車でJR軽井沢駅まで行く     ②新幹線を利用してJR軽井沢駅まで行く

※新幹線を利用する場合はレンタカーを借りてスタッフが現地をご案内します。

◆合計参加人数

名(本人を含む)

参加するお子様ご本人のお名前、住所・連絡先等をご記載下さい

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日 年齢	年 月 日 満 歳 (申込み現在)
現住所 連絡先	〒	TEL	—	FAX	—
メールアドレス					
医療的ケアの必要性	在宅酸素療法(HOT)を行っている		はい / いいえ	痰の吸引が必要である	
移動について	車いすの利用		あり / なし	その他( )	
医師同行の希望	<input type="checkbox"/> 医師の同行を希望する <input type="checkbox"/> 医師の同行を希望しない <input type="checkbox"/> 今後検討したい				
主治医について	主治医の所属する施設名: _____ 主治医の名前: _____ ※申込後にご本人・ご家族とお話しさせて頂いた後に、必要に応じて主治医にツアーのご相談をさせていただきます。				

※以下の項目は該当する方のみご記載下さい。過去にお申込頂いた方で変更が無い場合は以下は記載不要です。

難病について	千葉県が難病療養者に対して発行する以下のいずれかを交付されている    はい / いいえ 特定医療費(指定難病)受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証 疾患名: _____				
身体障害手帳	発行地	発行番号 第 号	種/級 種 級	障害名(身体障害者手帳記載のとおり全文)	
知的障害手帳	有: 手帳交付申請中の方を含む / ( ) 度    ・ 未取得 / (診断名: )				
精神障害手帳	有 / 障害等級( )    ・ 未取得				
重複障害	なし ・ 肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 ・ 内部 ・ 知的 ・ 精神				

<b>保護者による参加同意</b> 私は参加申し込みの際、保護者として誓約事項の内容に同意します。 【未成年者保護者氏名】 _____ (印)	<b>備考</b> その他特記事項がある場合はご記入ください。
---	---------------------------------



申し込み先(子供プラス未来 こどもプラスツアー申込係)

郵送: 〒271-0091 松戸市本町12-7 生井澤ビル1階

(一社)子供プラス未来 こどもプラスツアー申込係

FAX: 047-393-8816 メール: yuaimirai@iaa.itkeeper.ne.jp

(電話問合せ先: 047-393-8810)