

活動計画表

宿泊棟泊 キャンプ場泊 記入日 月 日 ()
 団体名 記入者

月	天候	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	
月 日 ()	晴			朝のこま										夕べのこま						
	荒天																			
月 日 ()	晴			朝のこま										夕べのこま						
	荒天																			
月 日 ()	晴			朝のこま										夕べのこま						
	荒天																			
		5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	
備考																				

～留意事項～

- ① 荒天時の計画も必ずご記入ください。晴天時と同様の内容を実施する場合には、荒天時の欄に「同上」とご記入ください。
 - ② 到着・退所時刻を必ずご記入願います。
 - ③ 活動場所の希望が有る場合には、その旨記載ください。なお、活動場所の調整によっては、ご希望に沿えない場合もございますので予めご了承願います。
 - ④ 朝・夕べのつどいについては、利用の手引き p.7 をご覧ください。原則全員参加となります。**(野外活動中は、活動が優先となります)**
 - ⑤ 退所日 9 時、清掃確認を実施いたします。必ず活動計画に加えてください。
 - ⑥ 当所研修指導員を依頼する場合には【指導員依頼】、依頼しない場合は【独自】と記載ください。なお、指導員を依頼しなければ実施できないプログラムもございます。詳しくは、「利用の手引き」P.16～19 をご覧ください。
 - ⑦ キャンプ場をご利用の場合は「利用の手引き」P.23～30 をご覧ください。
- 【注意】各活動の開始、終了時間が確実に分かるよう、はっきりとした線をご記入願います。

食事・シーツ・教材等申込書

No.2

※申込み内容が無くても必要事項を記入し、ご提出ください。

		記入日	月	日()
団体名	担当者			

5. 野外炊飯メニュー

※変更期限：実施日の1週間前までとなります。

※1班8人程度の編成が望ましいです。(当施設職員へご相談ください)

野外炊飯の指導が		必要である・必要でない ※貸出・返却時は職員が立ち合います。						
受取日	受取時間	メニュー	班 編 成					
			人 ×	班	人 ×	班	人 ×	班
			人 ×	班	人 ×	班	人 ×	班
			人 ×	班	人 ×	班	人 ×	班
			人 ×	班	人 ×	班	人 ×	班
			人 ×	班	人 ×	班	人 ×	班

【野外炊飯貸出物品】 ※必要な数量を以下に記載願います。

貸出用具セット	皿	おわん	湯のみ	はし	スプーン	フォーク	やかん	鉈(なた)	焼肉用鉄板・網
セット	枚	個	個	膳	本	本	個	本	枚

【テント関係貸出物品】 ※カッコ内は当所にて貸出できる最大の数です。【受取り日時 月 日 時 分】

8人用ドームテント (8張)	5人用ドームテント (5張)	8人用三角テント (8張)	5人用三角テント (4張)	常設テント (10張)	寝袋 (200個)	マット	ランタン
張	張	張	張	張	個	枚	個

6. 飲み物・補食等

※変更期限：受取日の1週間前までとなります。

受取日	受取時間	品 名	数 量	備 考

7. その他、独自注文品等

※変更期限：原則受取日の1週間前までとなります。注文品によっては、1週間前でも対応できない場合がございます。

独自注文の場合は班分けすることはできません。また、見積書を出すこともできません。ご了承ください。

受取日	受取時間	品 名	数 量	備 考

食物アレルギー連絡表

国立信州高遠青少年自然の家 (FAX 0265-96-2151)

※食物アレルギー等の有無に関わらず、利用日の2週間前までに、本表を必ず提出してください。

メニューや使用食材にかかわらず、食物アレルギーに関するすべての情報をご提供願います。
本表を基に、担当者が詳細を確認するために連絡させていただきます。

※希望の対応を下記の中から選んで「希望対応」欄に○を付してください。

- (A) 食品等持ち込み（アレルギー症状が重い又はアレルギー食材が多い）
- (B) 個別食対応（アレルギー食材を除いた食事を提供します。）
- (C) 利用者が成分表を見ながら選んで食べられる（利用団体の管理の下）
- (D) 特に対応の必要なし

※当店では特定原材料7品目及び特定原材料に準ずる20品目の食材を使用しています。

※本表はアレルギー対応以外に使用しません。

(太枠内にご記入願います。)

FAX 送信日			年	月	日	施設 記入欄	食堂連絡済	年	月	日	印	
団体名								TEL				
担当者								FAX				
利用期間			年	月	日 ()	～	年	月	日 ()			
該当者		あり (下記に記入) ・ なし										
アレルギー者 氏名	年齢	性別	アレルギー食材 <small>該当するすべてのアレルギー食材に○をしてください。 その他のアレルギー食材がある場合は、〔 〕内にすべてご記入ください</small>				処方薬 <small>持参される場合は ○をつけてください</small>	希望対応	食堂記入欄			
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕				エピペン 飲み薬	(A) (C) (B) (D)				
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕				エピペン 飲み薬	(A) (C) (B) (D)				
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕				エピペン 飲み薬	(A) (C) (B) (D)				
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕				エピペン 飲み薬	(A) (C) (B) (D)				
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕				エピペン 飲み薬	(A) (C) (B) (D)				
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕				エピペン 飲み薬	(A) (C) (B) (D)				
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕				エピペン 飲み薬	(A) (C) (B) (D)				
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕				エピペン 飲み薬	(A) (C) (B) (D)				
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび その他〔 〕				エピペン 飲み薬	(A) (C) (B) (D)				

エムエフエス株式会社 信州高遠店

TEL 0265-96-2171

FAX 0265-96-2175

アレルギー担当者 宮本 (ミヤモト)

最終確認		決裁日	年 月 日				
/	印	所長	次長	室長	推進係長	プロ担当	

No. _____

団体名			利用期間	月 日 ~ 月 日
利用者の構成	男 人	女 人	合計	人

注意

- この利用者名簿は、利用申込書類に添付するか、**利用初日の受付時にご提出ください。**
- 団体作成の名簿がある場合は、この様式にある内容を確認できるようにしてください。
- 性別欄は、該当する欄に○印を記してください。
- 2泊以上のご利用の時、宿泊しない日がある場合は、宿泊しない○泊目に×印を記してください。

番号	氏名	性別 (○印)		年齢 学年	宿泊しない日に×印			番号	氏名	性別 (○印)		年齢 学年	宿泊しない日に×印		
		男	女		1泊目	2泊目	3泊目			男	女		1泊目	2泊目	3泊目
例	信州太郎	○		6 年長	×			例	高遠花子		○	12 中1		×	×
1								21							
2								22							
3								23							
4								24							
5								25							
6								26							
7								27							
8								28							
9								29							
10								30							
11								31							
12								32							
13								33							
14								34							
15								35							
16								36							
17								37							
18								38							
19								39							
20								40							
								計							