

日帰り利用申込書

※ ご利用日の40日前までにご提出ください。

提出日: 平成 年 月 日()

施設記入欄						
団体区分	団体番号					
青少年・一般	利用番号					

団体詳細	ふりがな					
	団体名					
	ふりがな		〒	自宅・職場 ()		
	氏名		住所 <small>※ビル名等も記入してください。</small>			
連絡先	TEL		FAX		携帯番号	

※ 団体詳細と連絡担当者が同じ場合でも、「連絡担当者」の欄に記入してください。

連絡担当者	ふりがな					
	氏名		〒	自宅・職場 ()		
	住所 <small>※アパート名等も記入してください。</small>					
連絡先	TEL		FAX		携帯番号	

メールアドレス

利用目的

利用期間 平成 年 月 日 () 到着予定時刻【 時 分 】 出発予定時刻【 時 分 】

送迎バス希望	平成 年 月 日 ()	平成 年 月 日 ()
	迎え希望時刻【	送り希望時刻【
	迎え希望場所	送り希望場所

※事前に電話予約が必要です。

日帰り利用人数		未就学児	小学生	中学生	高校生	大学生等	社会人 (29歳以下)	社会人 (30歳以上)	計 (内引率、指導者等)	合計
	男								名 (名)	名
女								名 (名)		

備考

活動日程表

		午前				午後				夜				
		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
月	晴天時													
	希望活動場所													
日	雨天時													
	希望活動場所													

※ 利用申込書等に記載された氏名、住所、電話番号などの「個人情報」は、施設利用状況の把握管理等に使用するものであり、本人の承諾なくそれ以外の利用目的に使用したり、第三者へ情報を提供することはありません。



食数票

初回のご提出は「国立岩手山青少年交流の家」まで
FAX:019-688-5047
その後の変更は「ユーレストジャパン岩手店」まで
FAX:019-688-3197

初回・変更

※該当する方に○をつけてご提出ください。

※初回の申込みは、ご利用日の40日前までにご提出ください。

提出日：平成 年 月 日()

ふりがな				ふりがな			
団体名				連絡担当者			
TEL		FAX		携帯番号			

1 食数(レストラン食)

日付(曜日)	月 日()			月 日()			月 日()			月 日()		
	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食
中学生以上												
小学生												
3歳以上の未就学児												
合計												

2 シーツ

	チェックイン時		追加・交換	
	受取日	数量	受取日	数量
本館	/	名	/	名
キャンプ場(寝袋シーツ)	/	名	/	名

※5泊目からシーツの交換が必要です。

3 教材用具

品名	金額	実施日	数量
キャンプファイヤー 大セット(100名以上)	5,400円	/	束
中セット(100名以下)	4,500円	/	束
たき火セット(小グループ)	1,100円	/	束
たきつけ薪(追加分)	200円	/	束
小割薪(追加分)	450円	/	束
キャンドルのつどい ロウソク(中)	250円	/	本
ロウソク(小)	10円	/	本
火起こし体験	300円	/	セット
ドラム缶風呂	2000円	/	セット

4 野外炊事

メニュー	日付	班編成	合計
	/ ()	人 × 班	名
		人 × 班	
		人 × 班	
	/ ()	人 × 班	名
		人 × 班	
		人 × 班	
野外炊事用薪	たきつけ薪(1班で1束)	200円	束
	野外炊事薪(1班で1束)	450円	束
食材受取時間	時 分		

5 弁当(弁当、おにぎりA、おにぎりB)飲物等

品名	受取日	個数	受取時間
	/		時 分
	/		時 分
	/		時 分

※弁当の注文は各種類について20食以上からになります。

※食数の変更が生じた場合は、速やかにFAXにて売店までご連絡ください。

内容	食数変更期限	
レストラン食	朝食・昼食	利用前日の16:00まで
	夕食	利用当日の11:00まで
野外炊事	利用3日前(土日祝祭日を含まない)の11:00まで	
弁当	利用3日前(土日祝祭日を含まない)の11:00まで	

備考	食物アレルギー 有 無
	※有の場合は別紙食物アレルギー事前確認表をご提出ください

食堂(売店)業務委託業者
ユーレストジャパン(株)
岩手店

FAX:019-688-3197

※16:00以降は翌日の受付になります
※お急ぎの場合は下記までお電話ください

TEL:019-688-4417

●電話取次時間(8:30~17:15)

※たきあげごはんを希望する団体は、その旨を備考にお書きください。

利用者名簿

団 体 名	
-------	--

■代表者(責任者)の方は◎を、引率者の方は○を付けてください。

■各日の宿泊者が分かるようにチェックをしてください。
(例) 宿泊する人に○・宿泊しない人には× など。

No.	代表者等	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	1泊目	2泊目	3泊目	4泊目	日帰り	備考 日帰りの方の日にち等
1				男・女						
2				男・女						
3				男・女						
4				男・女						
5				男・女						
6				男・女						
7				男・女						
8				男・女						
9				男・女						
10				男・女						
11				男・女						
12				男・女						
13				男・女						
14				男・女						
15				男・女						
16				男・女						
17				男・女						
18				男・女						
19				男・女						
20				男・女						
21				男・女						
22				男・女						
23				男・女						
24				男・女						
25				男・女						
26				男・女						
27				男・女						
28				男・女						
29				男・女						
30				男・女						
合 計				男性						
				女性						

・31人目からは、行が非表示になっています。

・欄が足りない場合は付け足してください。5泊以上の団体については人数に変更がある日をお知らせください。

食物アレルギー事前確認票

【基本情報】※太枠で囲いをしている所に記入し、利用日の**2週間前**に提出してください。

※対象者が複数名の場合は、本用紙をコピーしてお使いください。

団体名		利用日	年	月	日～	日
団体担当者名		担当者連絡先	Tel :		(自宅 ・ 勤務先)	
ふりがな		保護者連絡先	Tel :	(自宅 ・ 勤務先) 日中連絡の可能な番号		
氏名						
※団体担当者様へ 食物アレルギーの対応・該当者が無い場合はチェックしてください		対応を希望しない <input type="checkbox"/>				
★7大アレルギー★ 該当するアレルギーに ○で囲んで下さい。 7大以外のものはカッコ内 に記入して下さい。	小麦 ・ 卵 ・ 乳製品 そば・落花生・えび・かに []	症状				
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか	ない	ある	(いつ頃		歳)	
アレルギーに関する内服薬の持参はありますか	ない	ある				
エピペンの持参はありますか	ない	ある	※「ある」にチェックを入れた場合、 エピペンを打てる方はありますか？			

希望対応について 選択してください。 (A,B,Cに○印を記入)	A. 通常メニューのまま		B. 除去・代替希望	C. 持参品対応
	自己判断で 食べられる	引率者で対応する	材料の一部を除去・代替 ↓ 除去・代替食の表に 希望対応を記入	食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と 加熱対応を希望する ※持参品対応につきましては 別紙記入用紙をお送りします。

→ 前後の料理が混入する場合がございます。

B.除去・代替希望をご希望される方は、下表にご記入ください。

※ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用日	食事区分	食べれないメニュー名	除去希望	代替食希望
日				
日				
連絡事項				

日帰り利用申込書の記入例

※ ご利用日の40日前までにご提出ください。

提出日: 平成 30年 4月 5日 (木)

施設記入欄						
団体区分	団体番号					
青少年・一般	利用番号					

団体詳細	ふりがな	いわてさんせいしょうねんこうとうがっこう				
	団体名	岩手山青少年高等学校				
	ふりがな	いわてさん たろう		〒 020-0601	自宅	職場 ()
	氏名	岩手山 太郎	住所 <small>※ビル名等も記入してください。</small>	岩手県滝沢市後292		
連絡先	TEL	019-688-4221	FAX	019-688-5047	携帯番号	

※ 団体詳細と連絡担当者が同じ場合でも、「連絡担当者」の欄に記入してください。

連絡担当者	ふりがな	ひめかみ はなこ				
	氏名	姫神 花子	住所 <small>※アパート名等も記入してください。</small>	岩手県滝沢市後292		
	連絡先	TEL	019-688-4221	FAX	019-688-5047	携帯番号

メールアドレス iwate@niye.go.jp

利用目的 自然体験を通して自主性や協調性を養うため

利用期間 平成 30年 5月 16日 (水) 到着予定時刻【 10時00分 】 出発予定時刻【 15時00分 】

送迎バス希望	平成 30年 5月 16日 (水)	平成 30年 5月 16日 (水)
	迎え希望時刻【 9時00分 】	送り希望時刻【 15時00分 】
	迎え希望場所 JR盛岡駅西口バスターミナル	送り希望場所 JR盛岡駅西口バスターミナル

※事前に電話予約が必要です。

日帰り利用人数		未就学児	小学生	中学生	高校生	大学生等	社会人 (29歳以下)	社会人 (30歳以上)	計 (内引率、指導者等)	合計
		男				35		1	2	
女				35			2	37名 (2名)		

備考

活動日程表

		午前				午後				夜			
		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5月16日 (水)	晴天時		10:00 入所	10:30 学年レク	12:00 昼食	13:00 研修	15:00 退所						
	希望活動場所			グラウンド		中研修室							
	雨天時			学年レク									
	希望活動場所			体育館									

※ 利用申込書等に記載された氏名、住所、電話番号などの「個人情報」は、施設利用状況の把握管理等に使用するものであり、本人の承諾なくそれ以外の利用目的に使用したり、第三者へ情報を提供することはありません。



食数票の記入例

初回のご提出は「国立岩手山青少年交流の家」まで
FAX:019-688-5047
その後の変更は「ユーレストジャパン岩手店」まで
FAX:019-688-3197

初回 変更

※該当する方に○をつけてご提出ください。

※ 初回の申込みは、ご利用日の40日前までにご提出ください。

提出日：平成 30年 4月 5日(木)

ふりがな	いわてさんせいしょうねんこうとうがっこう			ふりがな	ひめかみ はなこ		
団体名	岩手山青少年高等学校			連絡担当者	姫神 花子		
TEL	019-688-4221	FAX	019-688-5047	携帯番号	090-××××-××××		

1 食数(レストラン食)

日付(曜日)	5月16日(水)			5月17日(木)			5月18日(金)		
	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食	夕食
中学生以上			75	75	76		75		
小学生									
3歳以上の未就学児									
			75				75		

○食数の欄は、本館レストラン食のみ記入してください。(野外炊事や弁当は記入しないでください。)
○3歳未満の未就学児は無料になりますので、記入の必要はありません。

本館とキャンプ場の2カ所に宿泊される場合は、それぞれにシーツの枚数を記入してください。

長期宿泊(5泊目からは)シーツの交換が必要となりますので、こちらにご記入ください。

できるだけ、8名の班編成をお願いします。(食器セットが1班分8名であるため)

2

	フェイクイン時		追加・交換	
	受取日	数量	受取日	数量
本館	5/16	75名	/	
キャンプ場(寝袋シーツ)	5/17	75名	/	

※5泊目からシーツの交換が必要です。

4 野外炊事

メニュー	日付	班編成	合計
カレーライス	5/17(木)	8人×8班	76名
		6人×2班	
		人×班	
		人×班	
		人×班	
	/ ()	人×班	名
薪の注文、食材の受取時間は忘れずに記入してください。	たきつけ薪(1班で1束)	200円	10束
	野外炊事薪(1班で1束)	450円	10束
食材受取時間	15時00分		

薪の注文、食材の受取時間は忘れずに記入してください。

3 教材用具

品名	金額	実施日	数量
キャンプファイヤー			
大セット(100名以上)	5,400円	/	束
中セット(100名以下)	4,500円	5/17	1束
たき火セット(小グループ)	1,100円	/	束
たきつけ薪(追加分)	200円	/	束
小割薪(追加分)	450円	/	束
キャンドルのつどい	ロウソク(中)	250円	5/17 6本
	ロウソク(小)	10円	5/17 76本
火起こし体験	300円	/	セット
ドラム缶風呂	2000円	/	セット

5 弁当(弁当、おにぎりA、おにぎりB) 飲物等

品名	受取日	個数	受取時間
おにぎりA	5/16	77	10時45分
スポーツドリンク(ペットボトル)	5/16	77	10時45分

※弁当の注文は各種類に

飲物を注文する場合は、「ペットボトル」または「缶」のいずれかを記入してください。また、品物により金額が変わりますので、詳しくは「売店」へお問い合わせください。

食数票の提出について

★【初回は、「国立岩手山青少年交流の家」までFAXまたは郵送、Eメール添付でご提出ください。】★

★【その後の変更は、「ユーレストジャパン(株)岩手店」までFAXにてご提出ください。】★

国立岩手山青少年交流の家 TEL:019-688-4221 FAX:019-688-5047

ユーレストジャパン(株)岩手店 TEL:019-688-4417 FAX:019-688-3197

備考	食物アレルギー
	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
※有の場合は別紙食物アレルギー事前確認表をご提出ください	

※16:00以降は翌日の受付になります
※お急ぎの場合は下記までお電話ください
TEL:019-688-4417
●電話取次時間(8:30~17:15)

利用者名簿の記入例

団 体 名		岩手山青少年高等学校								
代表者(責任者)の方は◎を、引率者の方は○を付けてください。		■各日の宿泊者が分かるようにチェックをしてください。 (例) 宿泊する人に○・宿泊しない人には× など。								
No.	代表者等	利用者氏名	年齢 または 学年	性別	1泊目	2泊目	3泊目	4泊目	日帰り	備考 日帰りの方の日にち等
1	◎	岩手山 太郎	54	男・女	○	○				
2	○	姫神 花子	42	男・女	○	○				
3	○	滝沢 一郎	35	男・女					○	2日目のみ
4	○	鵜飼 次郎	24	男・女	○	○				2日目の朝に退所
5		愛宕 三郎	2年生	男・女	○	○				
6		巢子 四郎	2年生	男・女	○	○				
7		館坂 五郎	2年生	男・女	○	○				
8		鞍掛 睦月	2年生	男・女	○	○				
9		前園 如月	2年生	男・女	○	○				
10		上田 弥生	2年生	男・女	○	○				
11		高松 卯月	2年生	男・女	○	○				
12		松園 皐月	2年生	男・女	○	○				
13		山岸 水無月	2年生	男・女	○	○				
14		青山 文月	2年生	男・女	○	○				
15				男・女						
16				男・女						
17				男・女						
18				男・女						
19				男・女						
20				男・女						
21				男・女						
22				男・女						
23				男・女						
24				男・女						
25				男・女						
26				男・女						
27				男・女						
28				男・女						
29				男・女						
30				男・女						
合 計				男性	5	4			1	
				女性	8	8				

・31人目からは、行が非表示になっています。

・欄が足りない場合は付け足してください。5泊以上の団体については人数に変更がある日をお知らせください。

ユーレストジャパン(株)岩手山店

TEL: 019-688-4417

FAX

FAX: 019-688-3197

食物アレルギー事前確認票の記入例

【基本情報】※太枠で囲いをしている所に記入し、利用日の**2週間前**に提出してください。

※対象者が複数名の場合は、本用紙をコピーしてお使いください。

連絡先は
どちらかを
○で囲んで下さい。

団体名	岩手山青少年高等学校	利用日	平成30年 5月 16日 18日
団体担当者名	岩手山 太郎	担当者連絡先	Tel: 019-688-4221 (自宅・勤務先)
ふりがな	ひめかみ はなこ	保護者連絡先	Tel: 090-xxxx-xxxx (自宅・勤務先) 日中連絡の可能な番号
氏名	姫神 花子		
※団体担当者様へ 食物アレルギーの対応・該当者が無い場合はチェックしてください		対応を希望しない	<input checked="" type="checkbox"/>
★7大アレルギー★ 該当するアレルギーに ○で囲んで下さい。 7大以外のものはカッコ内 に記入して下さい。	小麦 卵 ・ 乳製品 そば・落花生・えび・かに 果物	症状	・卵は嘔吐 ・果物は湿疹
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか	ない ある (いつ頃 2歳)		
アレルギーに関する内服薬の持参はありますか	ない ある		
エピペンの持参はありますか	ない ある		※「ある」にチェックを入れた場合、 エピペンを打てる方はおりますか はい

※団体担当者様の
チェック欄です。
対応を希望しないに
チェックされた場合も
本用紙を食堂まで
返信願います。

希望対応について 選択してください。	A. 通常メニューのまま	B. 除去・代替希望	C. 持参品対応
(A.B.Cに○印を記入)	自己判断で 食べられる	引率者で対応する	材料の一部を除去・代替 ↓ 除去・代替食の表に 希望対応を記入
			食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と 加熱対応を希望する ※持参品対応につきましては 別紙記入用紙をお送りします。

→ 前後の料理が混入する場合がございます。

B.除去・代替希望をご希望される方は、下表にご記入ください。

※ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用日	食事区分	食べれないメニュー名	除去希望	代替食希望
16日	昼食			
	夕食	(例) トンカツ	トンカツ	○
17日	朝食	(例) かき玉スープ	たまご	○
	昼食			
	夕食			
連絡事項	<p>・代替食をご希望される方は、○印を付けてください。 ※代替食の内容に関しては、確認の連絡時にご相談させていただきます。</p>			