

# 第25回熊本オープン 小・中学生バドミントン大会 IN八代

## 【 宿泊・弁当申込書 】

※薄い黄色枠をご記載下さい

申込締切日：令和4年11月21日(月)		新規 申込日	/ ( )	内容 変更日	/ ( )
団体名 (チーム名)		連絡 先	TEL	-	-
フリガナ			FAX	-	-
宿泊引率 責任者			携 帯	-	-
書 類 送付先	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	〒			

希望区分記入欄 【先着順にて割り当て】	※右記欄に希望宿舎の 記号を第3希望まで必ず ご記入下さい (A~C)	第1希望	第2希望	第3希望	※希望が集中した場合は、 原則として先着順優先 にて配宿いたします
------------------------	---	------	------	------	---

NO.	宿泊者名 ※カタカナでご記入下さい。	性別	幼児 年齢 ※幼児のみ 年齢記載	参加区分 ※監督、コーチ、引率、 小学生、中学生、応援 大人、応援小人、幼 児、添寝幼児、乗 務員、その他	宿泊・食事利用日に○印をつけて下さい									備 考  ※部屋割、喫煙希望、食物アレルギー (別紙調査票提出必須)など
					12/23(金)			12/24(土)			12/25(土)			
					大会前日			大会初日			大会2日目			
		夕食	宿泊	翌 朝食	夕食	宿泊	翌 朝食	夕食	宿泊	翌 朝食				
(例)	クマモト タロウ	男		監 督		○	○			○	○			
	ヤツシロ ハナコ	女		小学生	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

注意事項	乗務員宿泊手配が必要な場合、 上記名簿へ必ずご記入下さい。	総 計	名	名	名	名	名	名	名	名	名
------	----------------------------------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

初泊日チェックイン予定時間	:	お弁当 申込数	12/24(土)	12/25(土)	12/26(日)	※上記のご希望には添えない 場合があります。 予めご了承下さい。		
ホテル 食事 希望 時間			大会初日	大会2日目	大会最終日			
12/23(金) 夕食時間	:		12/24(土) 朝食時間	:	個		個	個
12/24(土) 夕食時間	:		12/25(土) 朝食時間	:				

12/25(土) 夕食時間	:	12/26(日) 朝食時間	:	移動 手段	<input type="checkbox"/> 公共交通 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 貸切バス <input type="checkbox"/> 学校バス	ホテル 駐車場 利用数	普通車	ワゴン	マイクロバス	小型バス	中型バス	大型バス
※食事会場の営業時間や収容人数により、時間調整や多少お待ち頂く場合もございます。ご理解とご協力をお願い致します。							台	台	台	台	台	台

備考 (連絡事項など)

■不足する場合はコピーしてご使用ください。 ■記載の個人情報は当大会関連以外では使用致しません。

株式会社TEAM FAX送信先：096-237-6764  
mail：yoyaku@k-team.jp

# 第25回熊本オープン 小・中学生バドミントン大会 IN八代

## 《 食物アレルギー調査票 》

アレルギー者が2名以上の場合は本紙(シート)をコピーして下さい

事前調査のご協力をお願い致します。ご記入頂きました内容をもとに宿舎及び弁当業者へ連絡致します。  
尚、調査内容により宿舎を決定するものではありません。アレルギーの程度により、ご対応いたしかねる場合もございます。

団体名			
記入者氏名	携帯		
	FAX		
該当者氏名 (カタカナ)	❖ 弁当注文 (該当者分)		

### 注意事項

本調査はアレルギーに関するものであり、食材の好き嫌い(好み)等のご対応はいたしかねます。予めご承知おき下さいます様お願い申し上げます。

本調査票は個人情報の取り扱いに留意の上責任を持って保管・処分致します。

❖ 申込書記載の弁当注文個数にアレルギー者分が含まれている場合は「○」、注文をしない場合は「×」をご記入ください。

**※貴団体にアレルギー該当が無い場合は、本書面をご提出して頂く必要はございません。**

① アレルギー反応の出る食材について、該当するもの全てに✓をつけてください。(一部種類を明記ください)

<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> 蕎麦	<input type="checkbox"/> 落花生	<input type="checkbox"/> エビ	<input type="checkbox"/> カニ	<input type="checkbox"/> イカ	<input type="checkbox"/> タコ	<input type="checkbox"/> 貝類
<input type="checkbox"/> ごま	<input type="checkbox"/> ナッツ類		<input type="checkbox"/> 果物		その他				

② ①でお答えいただいた食材の調理方法について、なるべく詳しくご記入ください。

※家庭内での対応(完全除去や、少しは食べている等)を具体的にお知らせ下さい。

【記入例】 卵……調味料(マヨネーズ・ドレッシング等)は×、フライや練り物のつなぎは○  
乳……チーズ・バターは○、小麦……天ぷらやフライの衣は○  
エビ・カニ……エキスは×、同食材を揚げた油で他の食材の調理も不可  
イカ・タコ……食材そのものは×、エキスは○

③ アレルギーの症状等、知らせておきたいことがあればご記入下さい。

④ 食物アレルギーの症状が出た際の治療薬はお持ちですか？

はい → ( )  いいえ

※「はい」とお答えになった方は下記ご確認下さい。

・お薬をご明記もしくはプルダウンから選択ください。

・薬剤使用及び病院受診のタイミングについて主治医から指示を受けておいて下さい。

株式会社TEAM 本社配宿管理センター 平日 9:00~18:00 / 土日祝 休業日

TEL:096-237-6763 / FAX:096-237-6764 メール: yoyaku@k-team.jp