

学生生徒修養会 高校の部 受講願

天理教表統領殿 立教 年 月 日

以下の通り、学生生徒修養会 高校の部に受講を申し出ましたので、
お許しくさるようお願い申し上げます。

(直属)天理教 大分 教会長

印

ふりがな		教会番号		所属教会名	
氏 名		直 属 教 会 名			
住 所	〒 都道 府 県			性 別	男 ・ 女
				年 齢	歳
T E L	() —	F A X	() —	生年月日	H 年 月 日
学 校 名		学 年	1 ・ 2 ・ 3	今回の 受講回数	初めて 2回目 3回目
生活上の留意点(病氣・ケガ・アレルギーなど)					
保護者氏名		続柄	保護者の立場		
ふりがな		父・母 その他 ()	1. 教会長(後継者) 4. 信者 2. 布教所長(後継者) 5. その他 3. ようぼく・教人		

※この個人情報は、教会本部、教区、教会における育成活動以外には使用いたしません。
天理教学生担当委員会

受付番号	受付	月 日	扱 者
------	----	-----	-----

「学生生徒修養会 高校の部」受講中における
病院受診への同意について

期間中、受講生の安全には十分に配慮させていただきますが、
疾患などにより受診治療が必要と思われる際には、速やかに対応
したいと考えています。

万一、受診する際には、保護者の方への連絡や状態の報告は常
にさせていただきます。しかしながら、個人情報保護法の施行に
より、診療内容や症状の説明等、個人情報に関する部分は保護者
の同意がない限り、他者が直接伺うことができませんので、病院
受診、及びその後の処置・対応をより迅速にさせていただく上か
ら、寮長（またはその指名する者）が症状の説明を受けること
に同意していただきますようお願い申し上げます。

以上の趣旨をご理解の上、保護者の方の署名・捺印をよろしく
お願い申し上げます。

※この同意書は修養会期間中に傷病等で受診をし、担当医より
病状の説明を受ける時以外に使用しません。

令和 年 月 日

受講生氏名

保護者氏名 印 続柄()

緊急連絡先(- -)

携帯電話 (- -)

※緊急時の連絡に利用しますので、すぐに連絡の取れる番号をお書きください。
※この同意書は、行事終了後は個人情報に十分配慮して廃棄いたします。