

スカウトスキル研修会 第1期開設要項

1. 開設目的：BPは少年と同様に、指導者の訓練もキャンプで行い、スカウトスキルの体験を通してスカウティングの本質（原理）がここに集約されていることを示しました。この運動に関わる指導者にとっては、指導者である前にスカウトであり、スカウティングを行う以上、部門や男女を問わず誰もが身に付けるべきスカウトスキルが存在します。そこで、本研修会では、おきての実践を根底に据えて「良きキャンパー」に必要となるスカウトスキルそのものを指導者自らが、身に付けることを目的として開設します。
2. 期間：平成19年10月6日（土）～10月9日（火） 3泊4日（野営）
3. 場所：ボーイスカウト日本連盟 山中野営場
山梨県南都留郡山中湖村旭ヶ丘 TEL 0555-62-0141
4. 講師：神奈川連盟ディレクターチーム、トレーニングチームメンバー
及びスカウトスキルの熟達者（元トレーナー等）
5. 参加対象：現在、神奈川連盟では指導者及び指導要員の新しい訓練体系を策定中で、スカウトスキル研修会（SST）は指導要員やBS隊長の必修コースと提案されております。そこで第1期（試行コース）は、主として県連指導要員及び正副地区コミッショナーを対象として開設しますが、本年度指導者登録をしている方で、地区コミッショナーの推薦があれば、申込みをすることができます。
6. 主な研修（スカウトスキル）内容
 - ・スカウトキャンプの設営、野営工作に関するスキル
 - ・ハイキングのトレールやポイントプログラムに関するスキル
 - ・キャンプファイヤーの設営、進行のスキル
 - ・その他フィールドゲームやパイオニアリングに関するスキル
7. 申込方法及び参加決定
参加希望者は、参加申込書に必要事項を記入し、地区事務局を経由して、9月20日（木）までに県連事務局あてに提出して下さい。コース目標から、人数制限がありますのでご了承ください。参加決定者には9月23日（日）迄に参加承諾書、参加案内書を送付します。
8. 参加費用：15,000円（納付の方法については、参加案内書にて通知します。）
9. 開設：日本ボーイスカウト神奈川連盟
〒241-0815 横浜市旭区中尾2-1-14
TEL 045-365-3421 FAX 045-391-3422

健康調査書

1. 基本訓練参加申込者（本人）が記入してください。
2. 以下の質問は活動期間中の、あなたの健康状態の参考にさせていただきますので、出来るだけ正確にお答えください。
3. 後に個別に健康状態を尋ねさせて頂くことがあります。
4. 記載内容については一切他に公表しません。
5. 当該の訓練機関以外には使用いたしません。

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

I	現在、治療中の病気等がありますか <input type="checkbox"/> ない・ある（以下、記入ください。） 高血圧・心臓病・喘息・肺疾患・糖尿病・肝臓病・胃腸病・腎臓病・血液疾患 感染症・腰のヘルニア・アレルギー（具体的に _____）・妊娠 その他（ _____ ）			
II	この1年間、特に直近3ヶ月以内の健康状態について 1. 極めて調子は良かった。 2. 特に問題はなかった。 3. 病気はしたが休むほどではなかった。 4. 病気のため休んだ。 → 病名 _____ その日数 _____ 日			
III	最近の体調について（ <input type="checkbox"/> ない・あるを○で囲んでください。） ※ 近い症状のものについては、 <u>ある</u> を選択してください。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> ・頭痛、頭重感はありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・めまい、ふらつきはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・動悸はしませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・心臓が締めつけられるような感じは <input type="checkbox"/> ない・ある ・息苦しくなることはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・せき・たん・鼻水が出ませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・鼻血は出やすいですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・口がひどく渴きませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・尿の回数は多くないですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・顔や脚にむくみはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・十分に眠れないことがありますか <input type="checkbox"/> ない・ある </td> <td style="width: 33%; border: none;"> ・現在ケガはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・吐き気や吐くことはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・腰が痛むことはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・下痢をしやすいですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・便秘をしやすいですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・腰痛や背部痛はありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・関節に痛みはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・身体がだるくありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・少しの作業でも疲れませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・不安感やイライラ感は <input type="checkbox"/> ない・ある ・気を失ったことはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある </td> <td style="width: 33%; border: none;"></td> </tr> </table>	・頭痛、頭重感はありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・めまい、ふらつきはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・動悸はしませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・心臓が締めつけられるような感じは <input type="checkbox"/> ない・ある ・息苦しくなることはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・せき・たん・鼻水が出ませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・鼻血は出やすいですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・口がひどく渴きませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・尿の回数は多くないですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・顔や脚にむくみはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・十分に眠れないことがありますか <input type="checkbox"/> ない・ある	・現在ケガはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・吐き気や吐くことはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・腰が痛むことはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・下痢をしやすいですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・便秘をしやすいですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・腰痛や背部痛はありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・関節に痛みはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・身体がだるくありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・少しの作業でも疲れませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・不安感やイライラ感は <input type="checkbox"/> ない・ある ・気を失ったことはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある	
・頭痛、頭重感はありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・めまい、ふらつきはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・動悸はしませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・心臓が締めつけられるような感じは <input type="checkbox"/> ない・ある ・息苦しくなることはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・せき・たん・鼻水が出ませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・鼻血は出やすいですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・口がひどく渴きませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・尿の回数は多くないですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・顔や脚にむくみはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・十分に眠れないことがありますか <input type="checkbox"/> ない・ある	・現在ケガはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・吐き気や吐くことはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・腰が痛むことはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・下痢をしやすいですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・便秘をしやすいですか <input type="checkbox"/> ない・ある ・腰痛や背部痛はありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・関節に痛みはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・身体がだるくありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・少しの作業でも疲れませんか <input type="checkbox"/> ない・ある ・不安感やイライラ感は <input type="checkbox"/> ない・ある ・気を失ったことはありませんか <input type="checkbox"/> ない・ある			
IV	特に医師から注意を受けていることがあればお書きください。			
V	上記以外に不安なことや特記することがあればお書きください。			

期間中の緊急連絡先	氏名（参加者との続柄）	日 中	
		夜 間	
		携帯電話	

_____年____月____日 本人署名_____