

各複合地区YCE委員長 殿

写し：日本ライオンズ

334複合地区YCE委員長

横山 篤 司

2018-2019年度 冬期ヨーロッパ派遣

冬期ヨーロッパ派遣につきまして、下記人数で割当を行いました。今回は定員をかなりオーバーするご応募をいただきましたので、派遣先と増員の交渉をしましたが、イタリア1名しか追加できませんでした。結果として、一部の希望者をお断りすることとなりました。大変残念ですが、何卒ご理解をいただけますようお願いいたします。

なお、派遣青少年選抜の際には、再度語学力をご確認いただき、有意義な滞在ができる方を派遣していただけますようご配慮をお願いいたします。

割当

	330	331	332	333	334	335	336	337	計
イタリア	2	1	1	2	2	1	2	2	13
スロベニア			1	1					2
クロアチア							1	1	2
割当計	2	1	2	3	2	1	3	3	17

年令：17-21才

派遣期間（中部・関西・羽田発着）：

イタリア・クロアチア…2018年12月16日(日)から2019年1月8日(火)

※派遣先からの要請により、上記2カ国は出発日が予定より2日早くなりました。

スロベニア…2018年12月18日(火)から2019年1月8日(火)

※1. 電子フォームの作成をお願いします。書式と記入見本は各複合地区へ7月6日にメール送信済みです。全ての打ち込みが終わりまじらエクセルファイルのままメールにて送信してください。こちらで確認して返信をしますので、必要に応じて訂正したものを再送して下さい。その後、P.3の署名ページ、健康調査記入用紙、ホスト宛て手紙、家族写真、パスポートコピーをこの順で一連のPDFにいただき、ご本人のjpg写真と一緒に送ってください。家族写真はPDFでもjpgどちらでも結構です。

※2. イタリア派遣は12/27-1/6の11日間トスカーナ地方でのキャンプ参加(キャンプ費無料)。スロベニア、クロアチア派遣はホームステイのみです。また、イタリアは通常健康調査記入用紙ではなく、現地指定の **Italia medical form** の提出が必要です。記入用紙と記入見本を添付しますので、お手数ですがよろしくお願いいたします。

※3. ホスト家庭の決定時期は11月下旬の予定。



LIONS CLUBS INTERNATIONAL YOUTH CAMPS 2018-2019 MD 108 ITALY



HEALTH RECORD/MEDICAL RELEASE FORM

This form must be completed and returned before camp enrollment dates in order for the camper to be permitted to participate in any camp activities.
Side A - To be filled out by parent before presenting to camper's physician. **Side B** - To be filled out by camper's physician.

SIDE A: PERSONAL INFORMATION

Camper's Last Name _____ First Name _____ Birthdate _____ M F

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Home Phone _____ E-mail Address _____

Guardian #1 _____ Guardian #2 _____

Daytime Phone _____ Daytime Phone _____

Health Insurance Carrier _____ Policy Number _____

Plan Number _____ Is physician authorization needed? YES NO

In case of emergency, please notify _____

If neither parent or guardian are available in an emergency, please contact:

1. _____ Daytime Phone _____

2. _____ Daytime Phone _____

HEALTH HISTORY (Please check approximate dates that camper suffered from allergies, diseases, and conditions listed below).

- | Diseases | Allergies | Other |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox _____ | <input type="checkbox"/> Hay Fever _____ | <input type="checkbox"/> Ear Infections _____ |
| <input type="checkbox"/> Measles _____ | <input type="checkbox"/> Poison Ivy _____ | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever _____ |
| <input type="checkbox"/> German Measles _____ | <input type="checkbox"/> Insect Stings _____ | <input type="checkbox"/> Convulsions _____ |
| <input type="checkbox"/> Mumps _____ | <input type="checkbox"/> Penicillin _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma _____ | <input type="checkbox"/> Other Drugs _____ | <input type="checkbox"/> Behavior _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Concussion _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Please list any past illnesses (contagious and non-contagious): _____

Please list any operations or serious injuries (include dates): _____

Has camper ever been hospitalized? _____

Does camper have any chronic or recurring illness? _____

Is there anything else in campers health history that the camp staff should know? _____

Are there any activities from which the camper should be restricted? _____

Are there any specific activities that should be encouraged? _____

Will the camper be taking any medication at camp? _____

Does the camper wear any medical appliances (glasses, contact lenses, orthodonture, etc.)? _____

IF MEDICATION IS REQUIRED, IT MUST COME IN THE ORIGINAL CONTAINER WITH USAGE/DOSAGE/INSTRUCTIONS CLEARLY PRINTED ON LABEL. A DOCTOR'S NOTE AND PARENTS NOTE MUST ALSO BE SENT.

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

I do hereby authorize that all of the above information is correct and that my child is fully able to participate in all Chelsea Piers Summer Sports Camp activities without need of individual or specialized attention or medical regimen. I agree to notify Chelsea Piers of any changes in my child's physical or mental health between the dates of enrollment and the start of the camp as well as during camp. I hereby consent and authorize the administration of all medical treatments advisable or necessary under the judgement of the accredited camp trainers, emergency room physicians or any other clinical physicians with the understanding that I will be notified as soon as possible.

Name _____ Relationship _____

Signature _____ Date _____ Phone _____

<イタリヤ用X7"イカヒ7-6 (B面)>



LIONS CLUBS INTERNATIONAL YOUTH CAMPS 2018-2019 MD 108 ITALY



SIDE B: To be filled out by camper's physician.

Name of Camper _____ Name of Physician _____

IMMUNIZATION HISTORY

Please provide us with a record of basic immunization and most recent booster doses for the camper listed above.

DTap, DTP, DT, TD _____ Date _____

Polio _____ Date _____

Measles _____ Date _____

Rubella _____ Date _____

Mumps _____ Date _____

Hib _____ Date _____

Hepatitis B _____ Date _____

Varicella _____ Date _____

PCV _____ Date _____

Date of most recent Tetanus Shot _____

PPD-MANTOUX _____ Date Read _____

Most Recent Tuberculin Test Given _____ Result
m m

MEDICAL EXAMINATION Examination must be performed no more than 12 months prior to arrival at camp.

CODE: S = Satisfactory
X = Not Satisfactory (explanation required)

General Appearance _____ Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____

Hgb. Test _____ Urinalysis _____ Heart _____

Eyes _____ Vision _____ Hearing _____

Behavioral disorders (e.g., ADD, ADHD, Asperger syndrome, autism) _____

Psychiatrics/psychological and emotional disorders _____

Neurological Findings: _____

Allergies (please specify): _____

Please describe any abnormal findings and/or handicapping conditions: _____

Has child ever received products containing horse serum? _____

RECOMMENDATION AND RESTRICTIONS DURING CAMP

Special Diet _____

Special Medicine Needed _____ Is Parent Sending Medicine? YES NO

Strenuous Activity _____

General Appraisal _____

DOCTOR'S RELEASE

I have examined the person herein described, reviewed his/her health history and it is my opinion that he/she is physically able to engage in all **Lions Youth Exchange** Camp activities, except as noted above.

Examining Physician Signature _____

Physician Name (please print) _____

Address _____ Zip Code _____ Telephone _____

Date of Examination _____

PLEASE MAIL COMPLETED FORM TO:



LIONS CLUBS INTERNATIONAL YOUTH CAMPS 2018-2019 MD 108 ITALY



このA面を保護者が記入してから、B面を医師に記入してもらってください

HEALTH RECORD/MEDICAL RELEASE FORM

This form must be completed and returned before camp enrollment dates in order for the camper to be permitted to participate in any camp activities. **Side A** - To be filled out by parent before presenting to camper's physician. **Side B** - To be filled out by camper's physician.

SIDE A: PERSONAL INFORMATION

Camper's Last Name Yoko First Name SATO Birthdate 20.8.1998 M F

Address 2-5-6 Nishiki, Naka-ku City Nagao Aichi-ken State Zip 460-0000

Home Phone 052-581-0777 E-mail Address lions334@lilac.ocn.ne.jp

Guardian #1 Taro SATO (father) 保護者名 Guardian #2 Shizuka SATO (mother) 別の保護者名

Daytime Phone 090-xxxx-xxxx (mobile) Daytime Phone 090-xxxx-xxxx (mobile)

Health Insurance Carrier JI Accident & Fire 海外旅行傷害保険会社名 手続済みなら証書番号、未加入ならin request
Plan Number 未記入でOK Policy Number in request

Is physician authorization needed? YES NO 保険加入の際、医師の診断書が必要ならYes、自己申告でOKならNo
In case of emergency, please notify Taro SATO (father) 緊急時連絡先

If neither parent or guardian are available in an emergency, please contact: 緊急時に上記保護者2名とも連絡が取れない場合の連絡先と本人との関

- Ichiro SATO (elder brother) Daytime Phone 090-xxxx-xxxx (mobile)
- Kyoko KONDO (aunt) Daytime Phone 052-xxxx-xxxx (home)

HEALTH HISTORY (Please check approximate dates that camper suffered from allergies, diseases, and conditions listed below).

Diseases	Allergies	Other
<input checked="" type="checkbox"/> Chicken Pox <u>July 2001</u> 水ぼうそう	<input checked="" type="checkbox"/> Hay Fever <u>since 2013</u> 花粉症	<input checked="" type="checkbox"/> Ear Infections <u>2003</u> 耳感染症
<input checked="" type="checkbox"/> Measles <u>April 2000</u> はしか	<input type="checkbox"/> Poison Ivy	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever <u>リウマチ</u>
<input type="checkbox"/> German Measles <u>風疹</u>	<input type="checkbox"/> Insect Stings	<input type="checkbox"/> Convulsions <u>ひきつけ・痙攣</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Mumps <u>February 2003</u> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> Penicillin	<input type="checkbox"/> Diabetes <u>糖尿病</u>
<input type="checkbox"/> Asthma <u>喘息</u>	<input type="checkbox"/> Other Drugs <u>その他薬剤</u>	<input type="checkbox"/> Behavior <u>振る舞い</u>
		<input type="checkbox"/> Concussion <u>脳震盪</u>
		<input type="checkbox"/> Other <u>その他</u>

Please list any past illnesses (contagious and non-contagious): appendicitis 上記以外の病歴(感染、非感染いずれも)、なければNone

Please list any operations or serious injuries (include dates): broken left leg in 2014, appendicitis in 2016

Has camper ever been hospitalized? Yes (above 2 times) 入院したことがあるか、YesかNo

Does camper have any chronic or recurring illness? Yes - atopic dermatitis, headache 慢性または頻発する病気・症状があるか、YesかNo、Yesなら病名または症状記載

Is there anything else in campers health history that the camp staff should know? No その他キャンプスタッフが知っておくべき病歴や症状があるか、YesかNo、Yesなら記載

Are there any activities from which the camper should be restricted? No 制限されている活動があるか、YesかNo、Yesなら記載

Are there any specific activities that should be encouraged? No 本人に注意を与えるべき特別な活動があるか、YesかNo、Yesなら記載 (例えば決まった時間に服用する薬など)

Will the camper be taking any medication at camp? Yes - painkiller キャンプに薬を持参するか、YesかNo、Yesなら薬剤名記載

Does the camper wear any medical appliances (glasses, contact lenses, orthodonture, etc.)? glasses and contact lenses

IF MEDICATION IS REQUIRED, IT MUST COME IN THE ORIGINAL CONTAINER WITH USAGE/DOSAGE/INSTRUCTIONS CLEARLY PRINTED ON LABEL. A DOCTOR'S NOTE AND PARENTS NOTE MUST ALSO BE SENT.

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

I do hereby authorize that all of the above information is correct and that my child is fully able to participate in all Chelsea Piers Summer Sports Camp activities without need of individual or specialized attention or medical regimen. I agree to notify Chelsea Piers of any changes in my child's physical or mental health between the dates of enrollment and the start of the camp as well as during camp. I hereby consent and authorize the administration of all medical treatments advisable or necessary under the judgement of the accredited camp trainers, emergency room physicians or any other clinical physicians with the understanding that I will be notified as soon as possible.

Name Shizuka SATO 保護者名 Relationship mother 本人との関係

Signature _____ 署名 Date 30 Oct. 2018 Phone 052-581-0777
署名日 電話番号(自宅でも携帯でも)



LIONS CLUBS INTERNATIONAL YOUTH CAMPS 2018-2019 MD 108 ITALY



医師に英語で記入いただいでください

SIDE B: To be filled out by camper's physician.

Name of Camper 派遣生名 Name of Physician 医師名

IMMUNIZATION HISTORY

 感染または予防接種歴、YesかNoで、Yesなら接種日

Please provide us with a record of basic immunization and most recent booster doses for the camper listed above.
三種混合ワクチン(ジフテリア,破傷風,百日咳)または二種混合ワクチン(ジフテリア,破傷風)

DTap, DTP, DT, TD _____ Date _____

Polio _____ Date _____ ポリオ

Measles _____ Date _____ はしか

Rubella _____ Date _____ 三日ばしか

Mumps _____ Date _____ おたふくかぜ

Hib _____ Date _____ ヒブ(インフルエンザB型)

Hepatitis B _____ Date _____ B型肝炎

Varicella _____ Date _____ 水ぼうそう

PCV _____ Date _____ こども用肺炎球菌ワクチン

Date of most recent Tetanus Shot _____ 最も近い破傷風ワクチン接種日

PPD-MANTOUX _____ Date Read _____ 精製ツベルクリンマンツウテスト(日本では行われていない)

Most Recent Tuberculin Test Given _____ Result 最も近いツベルクリンテスト日 結果
m m

MEDICAL EXAMINATION

 Examination must be performed no more than 12 months prior to arrival at camp.

CODE: S = Satisfactory Blood Pressure以降はSかXを入れてください。
X = Not Satisfactory (explanation required)

全体的な外見(Goodなど) _____ 身長 _____ 体重 _____ 血圧 _____
General Appearance _____ Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____
ヘモグロビン _____ 尿検 _____ 心臓 _____
Hgb. Test _____ Urinalysis _____ Heart _____
眼科 _____ 視力 _____ 聴力 _____
Eyes _____ Vision _____ Hearing _____

無ければNoかNoneを入れてください

Behavioral disorders (e.g., ADD, ADHD, Asperger syndrome, autism) _____ 行動異常 _____

Psychiatrics/psychological and emotional disorders _____ 精神的・感情的異常 _____

Neurological Findings: _____ 神経学的所見 _____

Allergies (please specify): _____ アレルギー(あれば詳細 _____)

Please describe any abnormal findings and/or handicapping conditions: _____ 異常所見・障害の状態 _____

Has child ever received products containing horse serum? _____ 馬血清を含む製品を体 _____
取り入れたことがある。

RECOMMENDATION AND RESTRICTIONS DURING CAMP

 無ければNoかNoneを入れてください

Special Diet _____ 食事制限 _____

Special Medicine Needed _____ 服用が必要な薬 _____ 親が薬を送る予定か _____
Is Parent Sending Medicine? YES NO

Strenuous Activity _____ 激しい運動は可か _____

General Appraisal _____ 全体評価 _____

DOCTOR'S RELEASE

I have examined the person herein described, reviewed his/her health history and it is my opinion that he/she is physically able to engage in all Lions Youth Exchange Camp activities, except as noted above.

Examining Physician Signature _____ 医師署名 _____

Physician Name (please print) _____ 医師名活字体 _____

Address _____ 住所他 _____ Zip Code _____ Telephone _____

Date of Examination _____ 検査日 _____

PLEASE MAIL COMPLETED FORM TO:

MD335窓口 冬期派遣 マレーシア、ニュージーランド

各複合地区 YCE 委員長殿
写し：日本ライオンズ事務所

2018年9月7日

335 複合地区 YCE 委員長
植谷 晃一

2018-2019 年度 YCE 冬期【派遣生】について

時下ますますご清祥にてライオンズ高揚にご精進の事とお慶び申し上げます。
さて、当複合地区が窓口を担当いたします【派遣生】につき、下記の通りに派遣先を決定いたしましたのでご報告いたします。

派遣先	人数	日程
マレーシア	36	2018年12月20日～2019年1月4日
ニュージーランド	4	2018年12月20日～2018年1月7日 ※ キャンプ：12月27日～1月6日頃（確認中） ※ キャンプ費用 NZD750.00（約6万円）

派遣先	330	331	332	333	334	335	336	337	計
マレーシア	1	2	3		14	7	1	8	36
ニュージーランド			1	1		1	1		4

以上、よろしくお願い申し上げます。

MD334窓口 冬期来日 ヨーロッパ

2
A

2018年9月12日

各複合地区YCE委員長 殿
写し：日本ライオンズ

334複合地区YCE委員長
横山 篤司

2018-2019年度 冬期ヨーロッパ来日

冬期ヨーロッパ来日につきましては、各 MD 冬期ヨーロッパ派遣人員および降雪量等を考慮して、下記のような割当をしましたので、よろしくお願いたします。来日国は、イタリア、クロアチアの予定ですが、具体的な割当国については、後日ご連絡させていただきます。

割当

	330	331	332	333	334	335	336	337	計
ヨーロッパ	1			1	2		1	1	6

来日期間：

2018年12月8日から2018年30日までの間で2～3週間程度ですが、現地の冬休みの関係で、年越しでのホストが可能でしたらご協力お願いします。いずれにしても最長3週間の期間で調整します。

各種情報到着予定日：

リスト：10月下旬

アプリケーションフォームおよびフライト情報：11月中頃

※ホストMDまたは地区でミニキャンプ等を開催されます場合は、開催場所、日程、プログラム等を分かる範囲でできるだけ早くお知らせ下さい(添付書式をご利用いただければ助かります)。例年、冬期はヨーロッパ来日青少年の情報が遅れてご迷惑をおかけしていますので、各 MD の受入プログラムや条件一覧を提供し、早いもの順で配分されるとの記載をして、来日国のモチベーションを上げたいと思います。

Winter Mini Camps in Japan 2018-2019

	Arrival Date	Dep. Date	Airport		Camp Dates	Camp Site	Camp Program	Camp Fee	Number from Europe
				Others					
MD330				Tokyo Haneda or Narita				1	
MD333				Tokyo Haneda or Narita				1	
MD334	8 Dec. 2018	30 Dec.2018	Nagoya Chubu		12/15-20	Asahikogen Youth Outdoor Learning Center in Toyota-shi, Aichi-ken	15,000 yen cash on the first day	2	
MD336				Osaka Kansai				1	
MD337				Fukuoka		Home stay only	-	1	

MD 335窓ロ 冬期来日 マレーシア
ニュージーランド
オーストラリア

2
B

各複合地区 YCE 委員長殿
写し：日本ライオンズ事務所

2017年9月7日

335 複合地区 YCE 委員長
植谷 晃一

2018-2019 年度 YCE 冬期【来日生】について

時下ますますご清祥にてライオンズム高揚にご精進の事とお慶び申し上げます。
さて、当複合地区が窓口を担当いたします【来日生】につき、下記の通り受入先を配分させていただきます。

来日元	人数	日程
マレーシア	49	2018年12月6日(7日到着)～2018年12月28日
ニュージーランド	5～6	2018年11月30日～2018年12月28日
オーストラリア	6～7	2018年12月6日(7日到着)～2018年12月28日

来日元	330	331	332	333	334	335	336	337	計
マレーシア	3	2	2	3	16	11	3	9	49
ニュージーランド	1		1		1	1	1	1	6
オーストラリア	1			1	1	2	1	1	7

以上、よろしくお願ひ申し上げます。

MD337窓口 冬期来日 308-A地区

(シンガポール・マレーシア
(ボルネオ島))

2
C

2018年9月4日

MD330～336 YCE委員長 様

MD337 YCE委員長 輪木 寛信

2018-2019年度

308-A地区 (シンガポール・マレーシア (ボルネオ島)) 来日生について

来日人数 18名 (シンガポール6名、東マレーシア12名)
日 程 シンガポール 2018年11月29日 (木) ~12月28日 (金)
東マレーシア 2018年11月28日 (水) ~12月26日 (水)

地区	330	331	332	333	334	335	336	337
シンガポール 11/29~12/13								6
東マレーシア 11/28~12/13								12
シンガポール 12/13~12/28	3			3				
東マレーシア 12/13~12/26						6	6	
ページ								

シンガポール 11月29日 (木) SQ656 8:20 福岡着
東マレーシア 11月28日 (水) SQ656 8:20 福岡着

前半 MD337 でホスト

12月13日 (木) MD337 より後半ホスト各 MD へ移動

後半 MD330 で3名ホスト、MD333 で3名ホスト
MD335 で6名ホスト、MD336 で6名ホスト

12月26日 (水) MD335・MD336 (12名) 関西空港より帰国
SQ623 23:30 関西発

12月28日 (金) MD330・MD333 (6名) 成田空港より帰国
SQ637 11:05 成田発

後半の移動について、福岡からホスト地区への最寄りの空港までの旅費、または新幹線代は、308-A地区が負担いたします。

又、帰国のフライト時刻によって、宿泊が必要な場合も負担いたします。

移動の際の空港、駅が決まりましたらお知らせください。

以 上