**平成28年度ミクロネシア諸島自然体験交流事業**

**参　加　申　込　書**



　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２８年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 生年月日 | | 性別　男 ・ 女 |
| 氏　名 |  | | | 西暦　　　　　　年  平成　　　年　 月　 日  （　　　　歳） | | 写真貼付欄  　4.5×3.5ｃｍ  (最近３ヶ月以内に  撮影したもの)  写真裏面に氏名を  記入 |
| ローマ字表記 | パスポート情報と同じ表記にしてください。 | | | | |
| 本　籍 | 都・道  府・県 | | 国　籍 | | |
| 学校名 |  |  | 小学　・　中学 | | | 年生 |
| ふりがな |  |  |  | | |  |
| 現住所 | 〒  都・道  府・県 | | | | | |
| 連絡先 | TEL： | | | | FAX： | |
| E-mail（保護者のもの）： | | | | | |
| パスポート | □　持っている　　有効期限（　　　　　年　　　月　　　日）  □　持っていない | | | | | |
| 特技  伝統芸能、スポーツ等 |  | | | | | |
| 次の項目について  どちらかの  □に✔を記入して  ください | (１)自分で参加したいと思いましたか　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ  (２)自分の身のまわりのことは自分でできる　　　　　　　　　□はい　□いいえ  (３)海外に行ったことがある　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ  (４)テント泊をしたことがある　　　　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ  (５)２５メートル泳ぐことができる　　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ  (６)飛行機や船などを利用した長時間の移動ができる　　　　　□はい　□いいえ  (７)いつも飲んでいる薬がある場合、決められた飲み方、  　　飲む量を自分で守ることができる　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ | | | | | |
| この事業を知ったきっかけについて  □に✔を記入してください | □　青少年教育施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　青少年団体　　（団体名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　ホームページ　（団体名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　朝日小学生新聞　　　　　□　朝日中高生新聞  □　友人、知人に聞いた  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

**裏面もあります。**

**応募の理由**（本人記入欄）

なぜ「ミクロネシア諸島自然体験交流事業」に参加したいと思ったのか、自分で書いてください。

|  |
| --- |
|  |

(保護者記入欄)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 平成２８年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　応募者  「ミクロネシア諸島自然体験交流事業」の趣旨・応募資格を理解し、氏名：　　　　　　　　　　　の  参加に同意します。    保護者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　応募者との関係： | | | |
| 保護者連絡先 | （〒　　　　－　　　　） | | |
| TEL： | FAX： | |
| 携帯電話： | | |
| 緊急連絡先 | 氏名： | | 応募者との関係： |
| TEL: | | FAX： |
| 携帯電話： | | |

※上記申込書に記載の個人情報は、平成２８年度ミクロネシア諸島自然体験交流事業にかかる事務連絡のみに使用させていただきます。

**平成２８年度ミクロネシア諸島自然体験交流事業**

**健康状態調査票**



|  |  |
| --- | --- |
| 主催者記入欄 |  |

※応募者について、保護者が記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 応募者氏名 |  | 血液型  ＿\_ 型 RH（＋・－）  ※（+・-どちらかに〇） | 小学・中学　　　年生  男　・　女 |
| 現　住　所 | （〒　　　　－　　　　） | | |

●　アレルギーがありますか？　該当する項目の□にチェックを入れてください。また、どのような場合に症状が出やすいか、症状が出た場合の対応方法を教えてください。

□　アレルギー性鼻炎　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　アトピー性皮膚炎　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　じんましん　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　ぜん息　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　花粉症　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　食べ物アレルギー　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　動物アレルギー　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　植物アレルギー　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　薬アレルギー　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　特になし

●　既往症の有無についてお答えください。有と回答された場合は、具体的にお書きください。

　　　□無　　　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●　その他、お子様の健康について注意すべきことや、常用薬などがありましたらその薬品名もお書きください。

派遣参加者に決定した場合、私は、派遣業務運用上、上記情報を随行する看護師、ディレクター、リーダー、コーディネーター、通訳に伝えることに同意します。

平成２８年　　月　　日

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※　参加の選考基準として、健康状態を考慮させていただく場合があります。

※　ご記入いただいた上記内容は、本事業の実施のみに使用いたします。