

第 20 回(平成 23 年度)「鹿児島県青少年海外国際協力体験事業」参加申込書

ふりがな				写真貼付 縦 4.5 cm × 横 3.5 cm
氏 名				
生年月日	平成 年 月 日生 歳(平成 23 年 4 月 1 日現在)			
性 別	男・女	海外渡航	有・無	
ふりがな				
現住所 (本人)	〒 電話()			
学 校 名				
学年・専攻	年	科	血液型	型(RH: + -)
渡航中の 国内連絡先	氏名		続柄	
	住所		電話	
	E-Mail		FAX	
過去に国や県の海外派遣事業への参加の有無		有・無	旅券(パスポート)の有無	有・無
資格・特技 趣味等				
志望動機				
保護者 同意書	<p>私は「 」が鹿児島県青少年国際協力派遣 事業に参加することを保護者として同意します。</p> <p>なお、参加のうえは、この事業の趣旨に賛同し、事業実施中の本人の責めに帰す べき事故等の責任は、保護者が負うことを併せて同意します。</p> <p>平成 23 年 月 日 保護者 印</p>			

様式 2

平成 年 月 日

鹿児島県青少年国際協力体験事業
実行委員会 会長 殿

学校名：

学校長名：

印

鹿児島県青少年国際協力体験事業への生徒の参加承諾について

下記生徒の鹿児島県青少年国際協力体験事業への参加について承諾します。

記

学年： 第 学年

氏名：

健康診断書

氏名			生年月日	平成 年 月 日
住所	市郡		町村・丁目	番地
身長	cm	体重	kg	
ツ反	陽性 / 陰性 (*陰性の場合:平成 年 月 日BCG接種済み)			
既往症				
検尿	蛋白() 糖() 潜血() ヲビリゲン()			
診察所見				
頭頸部				
胸部, 腹部				
四肢, 運動器				
皮膚				
その他の所見				
総合所見				
上記のとおり相違ありません。				
平成 年 月 日				
保健所(病院)名				
医師名				印