

# 令和6年度三芳町オランダ親善大使海外派遣事業 参加申込書

写真を張る位置

- 1. 縦36～40mm  
横24～30mm
- 2. 本人単身胸から上

ふりがな	
氏名	
生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳)
性別	男・女
住所 〒	
TEL	FAX
携帯電話番号	Eメール
学校名・学年・組	
	学校 学年 組
年月	資格・課外活動・受賞歴等
保護者氏名 (ふりがな)	
参加者本人との続柄：	
携帯電話番号	Eメール：
参加者本人健康状態申告欄	
1. 現在通院中ですか？ ( はい ・ いいえ ) (はい)と回答の方にお尋ねします。 ・病名 ( ) ・服用中の薬がある場合はその名称 ( ) ・本事業参加申込みにあたって、主治医の了解をいただいていますか？ ( はい ・ いいえ )	
2. アレルギー疾患がありますか？ ( あり ・ なし ) (あり)と回答の方にお尋ねします。 ・アレルギー対象 ( ) ・症状 ( )	
3. その他健康面において配慮が必要な点などありましたらご記入ください	
その他	
1. パスポートはお持ちですか？ ( はい ・ いいえ ) (いはい)の方にお尋ねします。氏名をアルファベットでご記載ください。 ・氏名 例：三芳太郎 Taro Miyoshi ( )	