

友愛 国際交流事業 OEJAB への派遣

参加申込書

動画媒体の返却

希望する・希望しない

公益財団法人 友 愛 御中

推薦者

氏名 ※パスポート 記載の表 記で記入	漢字	(姓)	(名)	生年月日		年	月	日生	
				年齢	歳	性別	男・女		
	ローマ字 (活字体)						血液型	RH - + 型	
ふりがな 現住所	〒								
連絡先	TEL/携帯電話:			e-mail:					
緊急時連絡先	〒								
	本人との関係 ()								
	TEL/携帯電話:								
学校名/所属等 所属欄に学科・ゼミ 名等記入	名称	(大学・学部)							
	所属	学年:							
語学力	英語 (英検・TOEIC・他) (タイトル・組数・点数を記入)								
	ドイツ語 (右に○)	会話が堪能	意思疎通可能	簡単な日常会話	できない				
パスポート (有・無)	パスポート番号		発行地	発行年月日	有効残期間				
					年 月				
今後の友愛国際交流事業への協力 可能 ・ 不可能			既往症及び現在の病気 (常用薬) の有無				写真添付 写真の裏に必ず名前 を記入してください。		
過去に経験した ・ ボランティア 活動 (国内外) ・ 海外経験									

西暦 年 月 日

上記のとおり申し込みます。

申込者氏名 _____ 印

※上記申込書記載の個人情報は、「公益財団法人友愛国際交流事業/派遣の部」の遂行と本協会の業務執行のためのみに使用します。

※申込者本人が未成年の場合、下記同意書もご記入ください。

..... 同意書

公益財団法人友愛が実施する「国際交流事業」に _____ が
参加することを認めます。

西暦 年 月 日

保護者氏名 _____ 印