

様式 I : () 内に英文も記入のこと

おおくま希望の翼 参加申込書

APPLICATION FORM FOR DELEGATE STUDENT

令和 年 月 日 提出

応募者の名前 (Name of student)		写 真 3.5×4.5 (パスポートと同じ 写真が望ましい)
(ふりがな) 漢字:(姓) (名) (パスポートと同じ) First: (名) Last (姓)		
誕生日 : 平成 年 月 日 Date of Birth : / /	年齢: 才 (Age)	性別: 男・女 (Sex)
住 所 : 〒 - 大熊町大字 (Home Address) :		
電話番号 (Telephone) :		
現住所 : 〒 - (Home Address) :		
保護者の名前 (Next of Kin) : ()		
保護者連絡先 (Parent phone number):		
学校名と学年 : Name of your School & grade :		
宗教 (Religion) : ()		
趣味 (Hobbies) : ()		
興味 (Interest) : ()		
スポーツ (Sports) : ()		
英検資格 The Society for Testing English Proficiency, Inc 級・無し		
健康状態、偏食の状況 Restrictions-Health, Food		

家族の状況 (CONDITION OF FAMILY)

No.	家族の名前 Name of family	本人との続柄 Relation	生年月日 Date of Birth	勤務先又は在学学校名・学年 Occupation/School, Grade	過去参加したことがある : ○or×
1					
2					
3					
4					
5					

※事業活動中の写真を、翌年度の希望の翼事業の広報に使用いたします。ご都合の悪い方は事前にお申し出ください。