令和8年度 第１7回米国派遣助成事業 申込書兼承諾書

顔写真 ※無背景・枠範囲内のサイズのもの（デジカメ撮影写真を印刷したものでも構いません）	ふりがな(ローマ字)	
	氏　名	男 ・ 女
	公民館	
	生年月日(西暦)	年　　月　　日（　　歳）
	所属学校	（　　学年）
	（学　科）	

学歴	卒業・入学年月	学　　校　　名
小学校卒業	年　　月	
中学校入学	年　　月	
高等学校入学	年　　月	
趣味・特技		
海外旅行経験	無　・　有　⇒　国名　　目的	

学校等のクラブ活動やその他ボランティア活動など、特記事項を記入

派遣事業への応募動機

将来の目標・夢・やってみたいこと

氏　　名		血液型	ＲＨ ＋ － 型
住　　所	〒		
本人電話		本人携帯	
ＦＡＸ番号		本人メール	

家族構成（本人以外）	（ふりがな） 氏　　名	年齢	続柄	緊急時の電話番号

保護者の住所（申込本人と住所の異なる方のみ）	電　話	
	連絡先名称	
保護者のメールアドレス		

現在、通院または薬の服用等をしていますか？

(1) はい　（病名　　）　　(2) いいえ

パスポートは持っていますか？　　有　・　無

アレルギー等があったらご記入ください

※個人情報の取扱いについて
『本個人情報』を、審査等における開催通知、審査参考資料など本事業活動以外の目的で利用することはございません

米国派遣助成事業に関する承諾書

いちき串木野市サリナス市姉妹都市協会
会　長　　潟　永　敏　弘　殿

いちき串木野市サリナス市姉妹都市協会が主催する「米国派遣助成事業」に関し、下記のことについて承諾します。

申込者の承諾
私はいちき串木野市サリナス市姉妹都市協会の派遣生として選ばれた場合、次のことについて承諾します。

(1) 出発前の研修には、緊急の場合を除いては、必ず参加します。
(2) サリナスのホストファミリーにホームスティしている間は、責任をもった行動をします。
(3) サリナスから帰国以降、機会があればこの事業での体験内容等を学校やその他会合等で発表します。
(4) 今後、いちき串木野市サリナス市姉妹都市協会の趣旨に賛同し、協会の事業・運営に協力するよう努力します。

署名

保護者の承諾
私の子がいちき串木野市サリナス市姉妹都市協会の派遣生として選ばれた場合、次のことについて承諾します。

(1) いちき串木野市サリナス市姉妹都市協会「米国派遣助成事業」に申し込み、参加すること。
(2) この事業の旅行中に、緊急事態が発生し事故又は病気になった場合のため、海外旅行保険に加入すること。
(3) この事業の旅行中に、災害等の不可効力若しくは本人の責に起因する事故により、負傷した場合等については、本人加入の保険会社に請求し、貴協会又は引率者に対しては、責任を問わない。
(4) この事業に係る活動の記録（写真等）を当協会が使用すること承諾する。（会報誌・フェイスブック等）

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印