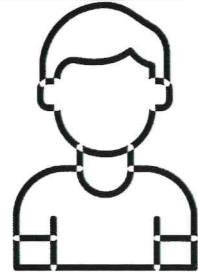


記入例



ふりがな(ローマ字)	Ichiki Kushikino
氏名	市来 玖式乃 男
公民館	旭町公民館
生年月日(西暦)	2009年 5月 1日 (16歳)
所属学校	鹿児島県立〇〇高等学校 (2 学年)
(学 科)	

学歴	卒業・入学年月	学 校 名
小学校卒業	2022年 3月	〇〇市立●●小学校
中学校入学	2022年 4月	〇〇市立●●中学校
高等学校入学	2025年 4月	鹿児島県立〇〇高等学校 普通科
趣味・特技	書道・ダンス・水泳・ピアノ・読書・音楽鑑賞	
海外旅行経験	無 ・ 有 ⇒ 国名 フランス 目的 観光	

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	市来 玖式乃		血液型	RH + A 型
住 所	〒896-0015 いちき串木野市旭町178番地			
本人電話	0996-32-2049	本人携帯	010-0032-2049	
FAX番号	なし	本人メール	salinas@gmail.com	
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
	いちき くしお 市来 串男	55	父	090-1111-1111
	いちき てるこ 市来 照子	54	母	080-2222-2222
	いちき さのさ 市来 さのさ	13	妹	
保護者の住所(申込本人と住所の異なる方のみ)			電 話	080-2222-2222
			連絡先名称	母 携帯
保護者のメールアドレス	ichikikushikino@gmail.com			
現在、通院または薬の服用等をしていますか？				
(1) はい (病名 アレルギー性鼻炎) (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 アレルギー性鼻炎(猫・ハウスダスト) バナナ(食物アレルギー)				

※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 湯 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。

- 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。
- サリナスのホストファミリーにホームステイしている間は、責任をもった行動をします。
- 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。
- 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 市来 玖式乃

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。

- 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。
- 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。
- この事業の旅行中に、災害等の不可抗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。
- 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 市来 串男 市 印