　　　　　　　　　　　　　　　（別紙２）

鹿児島県青少年国際協力体験事業参加申込書

鹿児島県青少年国際協力体験事業

実行委員会　会長　殿

以下のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| (ふりがな)  　氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　 男 ・ 女 | （写真貼付）  3cm×4cm |
| 生年月日：（西暦）　　　　　年　　　月　　　日  （２０１９年４月１日現在）　　　 歳 |
| （〒　　 　－　 　　　）  　住　　所：  電話〔自宅〕（　　 　）　　　－  〔携帯電話〕　　　　　（　　 　）  　メールアドレス：  **※郵送物を送る場合がありますので部屋番号まで記入して下さい。** | |
| 学校名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（学年：　　　　年）  　所在地 ：（〒 　　　－　　 　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　電話（　 　 　）　　　－ | |
| 資格・特技・趣味 | |
| 応募の動機 | |
| **アレルギーや持病などお持ちの方はご記入下さい。** | |
| **食べ物の好き嫌いがある方はご記入ください。** | |
| **※以下は選考には一切関係ありません。** 渡航予定日より半年以上期限の残っているパスポートを持っている。　　　**はい　・　いいえ** | |
| お持ちの場合は、パスポートの氏名のローマ字表記を以下に記入して下さい。 | |

（別紙３）

保護者承諾書

鹿児島県青少年国際協力体験事業

　　　　　　実行委員会　会長　殿

　私　　　　　　　　 　は，保護者として，

　　　 （保護者氏名）

　　　　　　　　　が，鹿児島県青少年国際協力体験事業に応募することを承諾致します。

　　（参加申込者）

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（西暦）　　　 　年　　 月　 　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所（〒　　　　 -　　 　　 ）

電話番号〔自　宅〕（　　　　）　　－

〔携帯電話〕 　（　　　　）

（別紙４）

学校長承諾書

　鹿児島県青少年国際協力体験事業

　　　　　実行委員会　会長　殿

鹿児島県青少年国際協力体験事業への生徒の参加承諾について

　　　　　　　　　　学年：　第　　　　学年

　　　　　　　　　　氏名：

　上記生徒の鹿児島県青少年国際協力体験事業への参加について承諾します。

（西暦）　 　　年　 　月 　　日

　　　　　 　　　　　　　学校名 ：

　　　　　 　　　　　　　学校長 ： 　　 　　　　　　　　　 印

（別紙５）

**健 康 診 断 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | | | | 生年月日 | | | | （西暦）　　　年　 　月　 　日 | |
| 住 所 | 市郡　　　　　　　町村・丁目 　　　　 　　番地 | | | | | | | | | |
| 身 長 | cm | | 体 重 | kg | | | 血　圧 | | | mmHg |
| 既往歴 |  | | | | | | | | | |
| 自覚症状 |  | | | | | | | | | |
| 他覚症状 |  | | | | | | | | | |
| 検 尿 | 蛋白（ 　）　糖（ 　 ）　潜血 (　　)　 ウロビリノーゲン(　　) | | | | | | | | | |
| 胸部X線 検査 | 直接　　　　　間接 | | | | | 所見 | |  | | |
| （西暦）　　　年　　　月　　　日  フィルム番号　　No. | | | | |
| その他の所見 (1)視診  (皮膚病・四肢等)  (2)聴・打診  (3)その他 (アレルギー等) | |  | | | | | | | | |
| 総合所見 | |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  （西暦） 　　　　年　　月　　日  　　　　 医療機関名及び所在地  　　　 　 　 医 師 名　　　　 　 　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |

　※**上記の項目の診断の結果、別途検査が必要と判断した場合は、当該検査等を行って下さい。**

**また、その場合、検査結果を添付してください。**

※**アレルギーに関しては問診で構いません。**