

旭川・ブルーミントン・ノーマル姉妹都市委員会  
2025年度 派遣交換学生 申込書

写 真	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			西暦 年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒		
	TEL	FAX	携帯	
(ここに写真を貼付 してください。) (40×30mm)	E-mail			
	本 籍			
	学校名	高等学校 年在学中		
学 歴	中学校 年 月 日卒業			
家 族 構 成	本人との 続柄	ふりがな 氏 名	年齢	職業又は勤務先・学校名 (連絡先, 携帯電話等)
予 防 接 種 の 接 種 状 況  (母子手帳を確認の上、 記入してください。)	三種混合 (ジフテリア・百日ぜき・破傷風)		急性灰白髄炎 (ポリオ)	
	1	年 月 日	1	年 月 日
	2	年 月 日	2	年 月 日
	3	年 月 日	3	年 月 日
	4	年 月 日	風しん (三日ばしか)	
	麻しん (はしか)		1	年 月 日
	1	年 月 日	B型肝炎	
	2	年 月 日	1	年 月 日
	流行性耳鼻下線炎 (おたふく)		2	年 月 日
	1	年 月 日	3	年 月 日
旭川・ブルーミントン・ノーマル姉妹都市委員会 2025年度派遣交換学生に申込みします。				
氏 名				
旭川・ブルーミントン・ノーマル姉妹都市委員会 2025年度派遣交換学生の申込みに同意します。				
年 月 日		保護者氏名		印