

旭川・ブルーミントン・ノーマル姉妹都市委員会
平成30年度 派遣交換学生申込書

写 真 (縦4.0cm×横3.0cm) (ここに写真を貼付 してください。)	ふりがな				生 年 月 日	
	氏 名				(西暦 年) 平成 年 月 日 (歳)	
	住 所	〒				
		TEL	FAX	携 帯		
	E-mail					
	本 籍					
学 歴	学校名	高等学校			年在学中	
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	1	年 月 日		
	2	年 月	2	年 月 日		
	3	年 月	3	年 月 日		
	4	年 月	風しん (三日ばしか)			
	麻しん (はしか)			1	年 月 日	
	1	年 月	B型肝炎			
	2	年 月	1	年 月 日		
	流行性耳鼻下線炎 (おたふく)			2	年 月 日	
	1	年 月	3	年 月 日		
旭川・ブルーミントン・ノーマル姉妹都市委員会 平成30年度派遣交換学生に申込みします。						
平成 年 月 日 氏 :						
旭川・ブルーミントン・ノーマル姉妹都市委員会 平成30年度派遣交換学生の申込み同意します。						
平成 年 月 日 保護者氏名 印						