

旭川・ブルーミントン・ノーマル姉妹都市委員会
2019年度 派遣交換学生 申込書

写 真 (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 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 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 2019年度派遣交換学生に申込みします。				
年 月 日 氏 名				
旭川・ブルーミントン・ノーマル姉妹都市委員会 2019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				