

# 広島Y M C A国際青少年平和セミナー参加申込書

※黒ボールペンで正確にご記入ください。 ※お申込書原本はご郵送でご提出ください。

写真をお貼り  
下さい。  
スナップ可。  
縦4cm  
横3cm

記載日 年 月 日

ふりがな				ローマ字	性別
氏名	姓				<input type="checkbox"/> 男
	名				<input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦 年 満 歳	本人携帯番号	( )	—	
	平成 年 月 日生	保護者緊急連絡先	( )	—	所有者 ( )
学校名			本人 メ ー ル ア ド レ ス	P C: 携 帯:	
学年	年生				

ふりがな			
現住所	〒		
自宅TEL		自宅FAX	
保護者連絡用 / 緊急連絡用メールアドレス： <input type="checkbox"/> 保護者・家族 所有者 ( ) <input type="checkbox"/> メールアドレスなし nakaoku@hiroshimaymca.org と gcc@hiroshimaymca.org の受信ができるよう設定をお願いいたします。 参加者が未成年者の場合、プログラムの連絡確認や緊急連絡等に使用いたします。はっきり丁寧にご記入ください。			

英語レベル	<input type="checkbox"/> ほぼ支障なくできる <input type="checkbox"/> なんとか日常会話ができる <input type="checkbox"/> 片言で会話できる <input type="checkbox"/> 全くできない
その他の語学	【 語 】 <input type="checkbox"/> ほぼ支障なくできる <input type="checkbox"/> なんとか日常会話ができる <input type="checkbox"/> 片言で会話できる
Medical Information (医療情報)	① <b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> Yes / アレルギーがある <input type="checkbox"/> No / アレルギーはない What Kind of allergy? (どんなアレルギーですか) <input type="checkbox"/> Skin rashes (アトピー性皮膚炎) <input type="checkbox"/> Asthma (喘息) <input type="checkbox"/> Sinus problems (鼻炎) <input type="checkbox"/> Hay Fever (花粉症) <input type="checkbox"/> Hives (じんましん) <input type="checkbox"/> Others (その他 / ) ② <b>Current Medication (常用している薬)</b> <input type="checkbox"/> Yes / 薬品名をご記入下さい ( ) <input type="checkbox"/> No / なし ③ <b>I can't eat (食べれないもの)</b> <input type="checkbox"/> No / なし <input type="checkbox"/> Beef (牛肉) <input type="checkbox"/> Pork (豚肉) <input type="checkbox"/> Chicken (鶏肉) <input type="checkbox"/> Eggs (卵) <input type="checkbox"/> wheat (小麦) <input type="checkbox"/> Vegetables (野菜) <input type="checkbox"/> Milk (牛乳) <input type="checkbox"/> shrimp (えび) <input type="checkbox"/> fruit (果物) <input type="checkbox"/> Others (その他 / ) ④ <b>Food that causes allergic reaction (アレルギー反応を起こす食べ物等はありますか)</b> <input type="checkbox"/> No / なし <input type="checkbox"/> Yes / 有る (該当するものに☑を入れ、余白にアレルギーのある食べ物と程度などの詳細をご記入ください) <input type="checkbox"/> Exclude by yourself and eat (No need for removing food) アレルギーはあるが、自分で除けて食べる (除去食不要) <input type="checkbox"/> Preparation of removed food is necessary. 除去食が必要 (除去の範囲など詳細をご記入下さい) 【 ※Please note any other information that may pertain to a medical concern. (その他医療面で必要と思われることがあればご記入ください)

参加同意署名：下記の署名欄もご記入ください。(20歳以上はご本人、未成年の場合は法定代理人が署名ください。)

この参加申込書の記載は事実に相違なく、申込者本人が旅行に参加することを承諾します。プログラム期間中に撮影した写真を広報活動、ホームページなどで使用することを承諾します。※旅行手配の為、お客様個人情報を第三者(運送・宿泊機関、保険会社等)へ提供することについて同意します。《特別な配慮を必要とされるお客様へ》  
旅行に参加できるかどうか、確認及び旅行手配等のために運送・宿泊機関等への情報の提供について同意します。

西暦 年 月 日 署名：