

				No.	
氏名	ふりがな	20 年 月 日生		6ヶ月以内に撮影した正面、上半身、無帽、背景無地の写真を添付のこと。(3cm×4cm) カラー・白黒共に可。	
		性別 男□ 女□			
住所	〒	TEL. (携帯可) ( )			
親権者の連絡先					
氏名		本人との続柄 ( )			
住所 〒		TEL(日中連絡がとれるもの) ( )			
船橋市居住年数 年		合否結果通知用 E-mail:			
英検 ( ) 級		TOEFL (iBT・ITP・Junior・Primary) /		TOEIC 点	
※お持ちの方のみご記入ください。 ( 年 月取得)					
	在学期間	学校名	学部・学科	卒業等の別	
学歴	自: 年 月 至: 年 月	小学校		卒業	
	自: 年 月 至: 年 月	中学校		卒業	
	自: 年 月 至: 年 月				
	自: 年 月 至: 年 月				
資格			趣味・特技		
海外経験	国名	期間 自: 年 月 至: 年 月	渡航目的		
	国名	期間 自: 年 月 至: 年 月	渡航目的		
興味のあること					
健康状態・持病等					
アレルギー (有・無) _____					
※有の場合、原因食物や症状等、詳しく記入してください。					
持病 (有・無) _____					
※有の場合、病名症状等、詳しく記入してください。					
その他、渡航の際に配慮してほしいこと _____					
親権者の同意欄					
船橋市国際交流協会高校生海外研修派遣事業受験申込みに同意します。					
氏名 _____		印 (続柄: )			

