

日独青少年セミナー2017参加申込書 (FAX可)

受付日：平成29年 月 日

(必要事項をご記入の上、当てはまるものを丸で囲んでください)

発着コース 沖縄発着 ・ 東京発着					
氏名 (漢字)		生年月日			
		年	月	日	
(ローマ字)		()才	男 ・ 女		
住所 〒		国籍			
電話番号TEL		FAX			
Eメール					
学校名			学年		
得意な学科					
趣味					
得意なスポーツ					
健康状態					
有効なパスポート		持っている		持っていないのでこれから申請	
もっている場合→		パスポート番号		有効期限年月日	
				年	月 日
家族氏名	性別	年齢	家族氏名	性別	年齢
保護者緊急連絡先					
電話番号					

記入日：平成29年 月 日

健康カード (FAX可)

参加者氏名		血液型	
緊急連絡先			
健康保険証	種類	番号	
<ul style="list-style-type: none"> ・小学校入学後大きな病気・怪我をしたことが ない・ある () ・持病はありますか ない・ある (病名又は症状) ・アトピー又は、アレルギーはありますか ない・ある (アレルギーの種類) ・常用している薬はありますか ない・ある (薬名) ・平熱は (度) ・熱がでやすいですか はい・いいえ ・普段の顔色は 良い・悪い ・胃腸は丈夫ですか はい・いいえ ・夜トイレに起きますか はい・いいえ (何時頃) ・用便は 定期・不定期 ・鼻血は出やすいですか はい・いいえ ・嫌いな食べ物が ない・ある () ・普段の様子 積極的・消極的 (その他 ・車に酔いますか はい・いいえ ・食べ物アレルギーはありますか ない・ある (食べ物) 			
<p>*その他お子様の事で気になる事がありましたら記入してください。</p>			
身長	cm	体重	kg
		足サイズ	cm
		視力	右 左

参加申込同意書

日独青少年セミナー 2017

参加者氏名	性別 生年月日 年齢	男 ・ 女 19 年 月 日 () 才
住所		
電話番号		
保護者 緊急連絡先 住所 氏名 続柄		
電話番号		

同意書

沖縄県ユースホステル協会 御中

保護者氏名

は 沖縄県ユースホステル協会が実施する

参加者名

日独青少年セミナー 2017 に _____ を

参加させることに同意いたします。(観光目的ではありません)

平成 年 月 日

住所 〒 _____

保護者氏名 (自署) _____ 印

(署名、捺印の上郵送してください)