No.

『広域連携中学生交流洋上体験研修』参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  | 応募歴　有　・　無 | |
| ふりがな | |  | | 性　別 | 生　年　月　日 | | |
| 氏　名 | |  | |  | 年　 　月　 　日 | | |
| 住　所 | | 〒  電話（　　　　）　　　　－ | | | （　　　　　　）中学校（　　）年 | | |
| 現在活動している部活動やその他の活動（例：野球部、ボーイスカウト） | | | | | | | |
| 自己ＰＲ（友達、先生等からのＰＲも可） | | | | | | |
| 健　　康　　状　　況 | ・血液型　　　　　　　　　　　　　 Ａ　　　 Ｂ　　 Ｏ　　　 ＡＢ  ・乗り物酔い　　　　　　　　　　酔いにくい　　　　普通　　　　酔いやすい  ・慢性の病気　　　　　　　　　　　ない　　　　ある（　　　　　　　　　　）  ・かかりやすい病気　　　　　　　　ない　　　　ある（　　　　　　　　　　）  ・常用している薬　　　　　　　　　ない　　　　ある（　　　　　　　　　　）  ・服用して合わない薬　　　　　　　ない　　　　ある（　　　　　　　　　　）  ・過去にかかった病気や特記事項があれば記入してください。  ※かかりつけ医 | | | | | | |
| **・アレルギー**　有無を必ず記載　　　　ない　　　　ある（下記へ具体的に記入）    ※電話等で確認をさせていただく場合があります | | | | | | |
| 保護者記入欄  　参加者（　　　　　　　　　　）の希望を認め、広域連携中学生交流洋上体験研修の参加申込に同意します。  また、事業実施後に作成する事業報告書や、町ホームページ等における写真掲載について同意します。  今年度は、各市町村長が「洋上サミット」開催のため、一緒に乗船するので、行動を共にしながら、交流を深めます。  保護者　住所　　　　　　　　　　　　　　　電話  　　　　氏名　　　　　　　　　　　㊞　　（緊急連絡先）  （自宅・勤務先・携帯） | | | | | | | |