

姉妹都市ハンガリー・ソルノク市派遣事業参加申込書

年 月 日

ふりがな				写真貼付欄 ※スナップ写真可
氏名	(男・女)			
生年月日	西暦	年	月 日生(満才)	
現住所	〒			
連絡先	TEL		FAX	
	携帯		E-mail	
学校名学年又は勤務先名	学校 年			
海外渡航歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()			
障がいの有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()			
持病の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()			
パスポート有無	<input type="checkbox"/> 無し<決定後、速やかにご準備願います。> <input type="checkbox"/> 有り<有効期限に注意>			
<緊急連絡先に係わること>				
ふりがな				本人との関係
氏名				
住所	※本人と同じであれば省略可 〒			
連絡先	TEL		FAX	
	携帯		E-mail	

〔個人情報の使用目的について〕

応募者がこの申込用紙に記入する個人情報は、応募者への事務連絡や団員選考時の参考資料としてのみ使用するものであり、それ以外の用途には利用いたしません。