国際ロータリー第２７９０地区青少年交換プログラム志願書（長期交換用）

青少年交換委員会

志願者氏名　　　　　　　　　　　　　　　を志願させます。　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **志願者** | 氏名ふりがな |  | **保護者** | 氏名ふりがな |  |
| 生年月日（西暦） | 年　　　月　　　日生　 | 生年月日（西暦） | 年　　　月　　　日生　 |
| 本籍 |  | 本人との続柄 |  (本人：　　　　　) |
| 現住所 | (〒　　　　　　　　　) | 職業(具体的に) |  |
| 電話FAXE-mail | TEL:FAX:E-mail: | 現住所 | (〒　　　　　　　　　) |
| 在学校名 |  | 学年 |  | ロータリー会員で | ある・ない | 会員の場合所属クラブ |  |
| **家族欄** | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 学歴 | 職　業　《出来るだけ詳細に記入して下さい。 本人は、家族欄に記入しなくて結構です。》 |
| 父 |  |  |  |  |
| 母 |  |  |  |  | 本人写真貼り付け欄サイズ（５ｘ５） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 好きな教科 |  | 所属しているクラブ活動 |  |
| 褒賞及び生徒会役職名 |  | 趣　味及び特　技 |  |
| 交換学生としてのあなたの抱　負 |  |
| あなたの将来の希望 |  |
| コ・スポンサークラブ名：　　　　　　　　　　ロータリークラブ　及び　　　　　　　　ロータリークラブ（ある場合のみ記載してください。） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　 |  |  |  |  | 志願者氏名： |
| 健康証明 | 身長 | ・　　　cm | 体重 | ・　　　kg | 胸囲 | ・　　　cm |
| ツベルクリン反応最終判定 | 陽性　・　疑陽性　・　陰性 | 視力 | 左 | (　　　　) | 右 | (　　　　) |
| 平成　　　年　　　月　　　日 | 色神 | 正常　・　色弱（　　　　　　　　　　）色盲（　　　　　　　　　　　）・　全色盲 |
| Ｘ線検査 | エックス線像 | 身体障害 | 区分 | 異常の有無 |
| 直接（撮影年月日） | 運動 | 有　・　無 |
| _ray | 視覚 | 有　・　無 |
| 聴覚 | 有　・　無 |
| 言語 | 有　・　無 |
| 歯 | 有　・　無 |
| 異常の場合の具体的内容 |  |
| 間接（撮影番号） |
| 所見 |  |
| 健康　・　要観察　・　要医療 |
| 既往症 | 肺結核　　　　　　才、　　リュウマチ　　　　　才その他の 　　　 小児麻痺　　　　　　才結核疾患 　　　　 才、　 てんかん　　　　　　才(　　　　　　　　　)　　　神経症　　　　　　　才気管支喘息　　　　才、　 精神病　　　　　　　才心疾患　　　　　　才、　 その他　　　　　　　才腎疾患　　　　　　才 | 本志願者は、一年間の海外交換生活に耐え得る健康体であることを証明します。校医 　　　㊞ |
| 学校長の推薦理由 |  |
| 担任教師の意見 |  |
| （どちらかに☑を入れてください。）□　本校は、上記志願者をロータリー青少年交換候補生として推薦し、且つ、来日学生の受入れを承認します。□　本校は、上記志願者をロータリー青少年交換候補生として推薦します。平成　　　年　　　月　　　日 高等学校名  所在地 学校長名 ㊞ 電話番号 |
| スポンサークラブの推薦理由 |  |
| 当クラブは、上記志願者をロータリー青少年交換候補生として推薦いたします。上記志願者が地区選考で交換候補生として承認された場合には、当クラブの「親善大使」として交換生活を享受できるようスポンサーし、且つ、地区より受入れ高校生の配置を受けた場合は、責任をもってホストすることを誓約致します。平成　　　年　　　月　　　日　 　　　　　　　　　　　　　　ロータリークラブ 会長 　　　　　　　　　　　　　 　　　㊞　　会長エレクト 　　　　　　　　　　　　　 　　　㊞　　 |