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）

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **志願者** | ふりがな氏名 |  | | | 性別 | 男  女 | **保護者** | ふりがな氏名 |  | | | | |
| 生年月日  （西暦） | 年　　　月　　　日生 | | | | | 生年月日  （西暦） | 年　　　月　　　日生 | | | | |
| 本籍 |  | | | | | 続　　柄 |  | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | 職業 |  | | | | |
| TEL |  | | | | | 現住所 | (〒　　　　　　　　　) | | | | |
| FAX |  | | | | | TEL |  | | | | |
| 携帯番号 |  | | | | | 携帯番号 |  | | | | |
| E-mail |  | | | | | E-mail |  | | | | |
| 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 |  |  |  | | | |  | | | | 志願者  写真貼り付け欄  サイズ(5cm×5cm) | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | | |
| 好きな教科 | |  | | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| スポンサークラブ名：　　　　　　　　　　ロータリークラブ | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | |  | | 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。  令和　　　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。  令和　　　年　　　月　　　日　 　　　　　　　　　　　　　　ロータリークラブ    会長 　　　　　　　　　　　　　 　　　㊞  会長エレクト 　　　　　　　　　　　　　 　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | |