

姉妹都市セーラム市区民親善訪問団員参加申込書

氏名	ふりがな		
住所	〒	電話 E-mail	( )
職業			
海外旅行の経験	1. 経験あり ① 今までに訪問した国名/ ② 滞在期間 (全体で) /		
ホームステイの経験	2. 経験なし		
英会話力	1. 経験あり ① ホームステイした国名/ ② ホームステイ期間 (全体で) /		
旅券の有無	1. 会話ができる 3. 若干の会話ができる		
個室希望	2. 簡単な日常会話ができる 4. 話せない		
同室希望者氏名	1. 持っている 〔旅券番号〕 〔発行年月日〕 年 月 日 〔アルファベット表記〕		
趣味・特技	2. 持っていない		
参加動機等	希望する (別途追加料金が掛かります) ・ 希望しない		
	(得意なことを記入してください。セーラムでの交流会の参考にさせていただきます。)		
	(訪問団に何を期待しますか? また、セーラム市民とどのような交流を望まれますか?)		

※現地で撮影した写真は、広報等のために区報や区のホームページ、チラシなどに掲載する場合がありますので、予めご了承ください。

大 田 区 長

上記注意事項に同意の上、

私は、大田区国際都市・多文化共生推進課 国際都市・多文化共生担当企画の「姉妹都市セーラム市区民親善訪問団」に参加を申込みます。

2024 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 健康状態連絡票

ふりがな		性別	男・女	血液型	型 (RH )
氏名		生年月日	西暦 19 年 月 日 ( 歳) (2024年11月13日現在)		
平常時の体温	℃				
喫煙の有無	無・有				
胃腸の調子	胃 (強 ・ 普通 ・ 弱 ) / 腸 (強 ・ 普通 ・ 弱 )				
乗り物酔いの有無	無・有	処置方法 :			
アレルギーの有無	無・有	アレルギーの種類と 処置方法 :			
使用してはいけない薬					
常備薬	無・有	薬品名 :			
現在の健康状態 :					
既往病歴 (今までにかかった病気、手術などの名称とその時) :					
特記すべき事項 (激しい運動、睡眠、食べ物等、同行事務局員に特に知っておいて欲しいこと)					
緊急連絡先	氏名		本人との続柄		
	住所		電話		
記入者氏名			記入年月日	2024年	月 日