

Ambition 留学館 プログラム申込書-4

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
氏名	(姓)	(名)	国籍		
			生年月日	西暦	年
ローマ字名	*パスポートと同じスペル		年齢	満	歳
			携帯電話		
ふりがな					
住所	〒				
学校名・学年			Eメール		
パスポート番号			パスポートの有効期限		
親権者様の氏名等及び代表連絡先 *代表者様の方に☑を入れてください。					
ふりがな			ふりがな		
氏名	(続柄) 父	□ 代表	氏名	(続柄) 母	□ 代表
住所	〒				
電話(自宅)			携帯電話		
Eメール					
ご希望の日程					
キャンプ開始日(日)		キャンプ修了日(土)		参加期間(最短2週間)	
<input type="checkbox"/> 7月05日 <input type="checkbox"/> 7月12日 <input type="checkbox"/> 7月19日 <input type="checkbox"/> 7月26日 <input type="checkbox"/> 8月02日		<input type="checkbox"/> 7月18日 <input type="checkbox"/> 7月25日 <input type="checkbox"/> 8月01日 <input type="checkbox"/> 8月08日 <input type="checkbox"/> 8月15日		<input type="checkbox"/> 2週間 <input type="checkbox"/> 3週間 <input type="checkbox"/> 4週間 <input type="checkbox"/> 5週間 <input type="checkbox"/> 6週間	
フライト情報(日曜日のご到着・ご出発となります。日曜以外の場合は追加料金が発生します。)					
現地到着日時	西暦	20	年	月	日
	(AM/PM	:)	航空会社並びに便名	
					航空(便)
現地出発日時	西暦	20	年	月	日
	(AM/PM	:)	航空会社並びに便名	
					航空(便)
健康情報など					
ぜんそく、てんかん、糖尿病、花粉症など学校が知っておくべき疾病がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方は病名及び症状を具体的にご記入ください。				
毎日服用する薬がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方は薬剤の処方医に、ご記入いただく書類がありますのでお知らせください。				
動物、食べ物、薬剤なども含めて何かアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方は具体的にご記入ください。				
特別な食事が必要ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方は具体的にご記入ください。				

これまで病気や怪我のため入院や手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方は具体的にご記入ください。
参加に影響を与える可能性がある精神的、医療的または社会的な問題がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方は具体的にご記入ください。
兄弟、姉妹または友人と一緒に参加し、同じ部屋での宿泊を希望しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方はお相手の名前をご記入ください。また、コメントなどがありましたら併せてご記入ください。
航空会社のエスコート(アンカンパニーマイナーサービス)を利用しますか	<input type="checkbox"/> 往路のみ <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> いいえ 「往復」の方は、帰国時に空港で出迎える方のお名前をご記入ください。なお、親権者様以外の場合は住所、氏名、続柄、電話番号をご記入ください。また、キャンプ費用の追加料金として片道C\$75が発生しますので、予めご了承ください。
母国語は日本語ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」の方は母国語をご記入ください。

「お申し込み条件書」の内容に同意しプログラムに申し込みます。

20 年 月 日

申込者署名 Ⓜ

20 年 月 日

保護者署名 Ⓜ