

宇宙留学(親戚留学) 申込書

秘

写真添付

ふりがな 児童生徒 氏名		性別	男 ・ 女	(生年月日) 平成 年 月 日		
現住所 電 話 F A X	〒 ー TEL FAX					
現在の 学校名 学 年	_____立_____ (小・中) 学校 第_____ 学年					
ふりがな 保護者の 氏 名	(年齢 歳)		続 柄	備考 (保護者の特記事項があれば)		
南種子町 で親戚留 学を希望 する者	氏 名	勤務先: 学校名・学年 年齢	続 柄	氏 名	勤務先: 学校名・学年 年齢	続 柄
家族状況	氏 名	勤務先: 学校名・学年 年齢	続 柄	氏 名	勤務先: 学校名・学年 年齢	続 柄

緊急の 連絡先	(父・母・ の勤務先)	所属名			
		住 所			
		電話番号		F A X	
	その他	関係先名	TEL		

※ 本人の性格や生活行動で留意する点	
-----------------------	--

※留学中に伸びてほしい点	
--------------	--

※健康状況調査	別紙「健康状況調査票」にご記入ください。
---------	----------------------

※ 宇宙留学を希望する理由	保護者	
------------------	-----	--

本人	宇宙留学への決意や抱負をテーマにした <u>作文を添付してください。</u> (1・2年は、200字程度、3年～6年と中学1・2年生は400字程度)
----	---

宇宙留学を希望し、申し込みます。

平成 年 月 日

本人署名

.....

保護者署名

印

.....

南種子町宇宙留学連絡協議会会長 殿

※の欄は、できるだけ詳しく、ありのままをご記入ください。

本申込内容に虚偽の記入等、疑義の生じる場合には、留学を取り消すことがあります。

本申込書は、宇宙留学申込の目的以外の使用はしません。取扱いについては十分留意いたします。

5 用 便	(大便) (1 だいたい毎日出る 2 よく便秘になる 3 下痢をしやすい) (小便) (1 夜中に1回は起きる 2 夜中に2回以上起きる)
6 薬	1 服用している薬がある ある () ない () 【 薬名 _____ 】 2 常に持ち歩く薬がある ある () ない () 【 薬名 _____ 】 3 アレルギーを起こした薬がある ある () ない () 【 薬名 _____ 】
7 病気：怪我	1 現在病気や怪我について ある () ない () あるを選んだ方は以下の質問にお答えください 【 疾病名： _____ 薬 ある () ない () 】 【 服薬している場合は薬名 _____ 】 2 既往歴について ある () ない () あるを選んだ方は以下の質問にお答えください 【 疾病名 _____ 薬 ある () ない () 】 【 服薬している場合は薬名 _____ 】 【現在の状況 1 完治している 2 継続治療を行っている _____】
8 その他	その他日常の生活で留意する事項がありましたら、ご記入ください。

- ★ 1 本申込内容に虚偽の記入等、疑義の生じる場合には、留学を取り消すことがあります。
- ★ 2 健康状況については、確認をさせていただくことがあります。ご了承ください。
- ★ 3 虫菌がある場合は、必ず完治してから留学していただくようお願いしています。