

# The University of Southern Queensland



## English Language / Culture Programs

UNIVERSITY  
OF SOUTHERN  
QUEENSLAND

### STUDENT PROFILE FORM

<<記入例>>

Name of Tour: *ABC Medical Program in SEP, 2018*

	苗字	名前	ニックネーム	性別
<b>Name</b>	<b>Sakura</b>	<b>Hanako</b>	<b>Hana</b>	<b>F</b>

(性別/女性はF、男性はM)

<b>Home Address</b>	(住所) <b>15-32, Shin-machi, Oita-shi, Oita, 8700028, JAPAN</b>
<b>Telephone</b>	(電話番号) <b>097-534-2444</b>
<b>Email Address</b>	(メールアドレス) <b>hanako@sakurajp.net</b>
<b>Occupation</b>	(職業) <b>Student</b>

<b>Date of Birth</b> (生年月日、年齢)	<b>26 / 04 / 1996</b> Day Month Year	<b>Age 19 (渡航時)</b>	<b>Photo</b>  顔写真を貼って下さい  6ヶ月以内に撮影されたもの  Date: 撮影日
<b>Interests/Hobbies</b>	(趣味) <b>Cooking, Photography, Walking</b>		
<b>Sports</b>	(好きなスポーツ) <b>Tennis</b>		
<b>Medical Conditions</b>	(学校が把握すべき、身体的に注意する事) <b>None</b>		
<b>Allergies</b>	(アレルギー) <b>Pollinosis, Cat</b>		
<b>Special Diet</b>	(食事制限) <b>Vegetarian</b>		
<b>Do you smoke?</b>	(喫煙について) <b>No, I don't. または Yes, I do.</b>		
<b>Previous Trips Abroad</b>	(行った事のある国) <b>Canada, Korea</b>		
<b>Your room mate</b>	(一緒にホームステイをする学生名) <b>Momoko Kimura</b>		

↑※アレルギーなどの特記事項が無い場合は「None」と記入して下さい。

<b>Your Family Information</b> (貴方の家族について)	名前	年齢	自分との関係	職業
	<b>Masato</b>	<b>48</b>	<b>Father</b>	<b>Teacher</b>
	<b>Yoshiko</b>	<b>47</b>	<b>Mother</b>	<b>House wife</b>
	<b>Junko</b>	<b>16</b>	<b>Sister</b>	<b>Student</b>
	<b>Ken</b>	<b>14</b>	<b>Brother</b>	<b>Student</b>

<b>Food Animals</b>	好き	嫌い
	(好きな食べ物) <b>Chicken</b> (好きな動物) <b>Dog</b>	(嫌いな食べ物) <b>Tomato</b> (嫌いな動物) <b>Cat</b>

(英語のレベル)	Beginner	Lower Intermediate	Intermediate	Advanced
<b>English level</b>	(初心者) <b>X</b>	(少しできる)	(大体できる)	(上級レベル)

#### Homestay Guidelines (ホームステイの注意事項 / 意識)

1. 光熱費・水道代の料金は、滞在費に含まれています。
2. 朝食は、ホストファミリーから提供される食材を利用して、ご自身で作って下さい。
3. ホームステイ先の電話を使用した場合は料金を支払って下さい。電話カードの使用をお勧めします。
4. 喫煙は、外でして下さい。(※喫煙できる場所は、事前に必ず確認して下さい。)

TERM & CONDITIONS (規定及び条件)

1. I agree to waive and release all claims against the University of Southern Queensland=(A) and its appointed agents=(B) for any injury, loss, damage, accidents, delay, or expense resulting from any participation in the program. I also release (A) and (B) and agree to indemnify (A) and (B) with regard to any financial obligations or liabilities that I may personally incur or any damage or injury to the person or property of others that I may cause while participating in the program. I understand that (A) and (B) are not responsible for any injury or loss suffered by me during periods of independent travel absence from the program.

2. If I become ill, injured or incapacitated, (A),(B) or the Host family may take such action as any of these considers necessary, including securing medical treatment for me and transporting me back to my country at my expense. I release them from all liability related to such actions.

3. I understand that my participation in the program may be terminated at the sole discretion of (A) and (B) without a refund of fees and that I may be sent home at my own expense if I do not adhere to their rules, standards and instructions. I agree that Australian law shall apply to this agreement and I agree to submit to the jurisdiction of the Australian law.

参加者への約束事項並びに同意事項です。ご理解の上ご署名お願いいたします。

<大意>

1. 参加者としてプログラム中に発生したけが、物品紛失、損害、事故、交通機関の遅延などは、南クイーンズランド大学（以下 A）と、その代理店（以下 B）の責としない。私自身の責任による傷害、事故等に関しては A 及び B に対して賠償請求はしない。
2. 病気、けが、プログラム中に避けられない事情が発生した場合、A、B、ホストファミリーが健康保持、安全の為に必要と判断を下した行為（自費による医療治療及び自費により帰国させる事などを含めて）に対して、いかなる責任を問わないことに同意する。
3. プログラムの主旨、現地の規則/法律などに反した場合、自分自身の費用により帰国させることもある旨同意する。この同意内容はオーストラリアにも適用し、オーストラリアの法律に従うことを意味する。

Signature of participant

(参加者の署名)

桜 華子 Sakura Hanako

Date (日付) 01/ 05/ 2018

day (日) / month (月) / year (年)

Signature of parent (If participant is less than 20 years old)

(保護者の署名/参加者が 20 才未満の場合のみ)

桜 正人 Sakura Masato

Date (日付) 01/ 05/ 2018

day (日) / month (月) / year (年)

EMERGENCY INFORMATION AND AUTHORIZATION FOR TREATMENT OF A MINOR

(緊急医療処置承諾書)

Name of participant

(参加者の名前) 桜 華子 Sakura Hanako

Signature of person in parental authority (20 才未満に関係なく、記入して下さい)

(保護者の署名) 桜 正人 Sakura Masato

PARENTS PERMISSION (保護者の承諾)

I hereby accept that the assigned group leader, host family member, or local coordinator may act as responsible guardian for my son / daughter and may decide on emergency medical treatment without personal liability.

私は子供が渡航中緊急医療処置が必要となった場合、引率リーダーあるいは受け入れ家庭が保護者となり引率リーダーあるいは受け入れ家庭がその個人的責任を負わされることなく処置が決定されることを承諾します。

Address (住所)

15-32, Shin-machi, Oita-shi, Oita, 8700028, JAPAN Tel (電話) 097-534-2444