

# 2019年 医療福祉オーストラリア研修 参加申込書

お申込日： 年 月 日

氏名	ふりがな		ローマ字(重要注意:必ずパスポートと同じ表記)	
			姓	名
生年月日	西暦	年	月	日
	年齢:	歳	性別:	男・女 未婚・
現住所	〒			
	TEL:	( )	—	FAX:
	携帯番号:	—	—	E-mail: PC 用 LINE ID: (お持ちの方)
学校名 または勤務先	ふりがな		携帯メール:	
	所属学科名 ( )		TEL:	( ) —
渡航中の 緊急連絡先	〒			
	氏名 (ふりがな):		本人との関係: 父・母・その他 ( )	
	自宅 TEL:	( )	—	勤務先 TEL:
	携帯:	—	—	E-mail:

## ●パスポート●

<input type="checkbox"/> 有 (有効期限: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 申請中 ( 月 日 取得予定)
旅券番号	

## ●その他●

分割払い	<input type="checkbox"/> 3回の分割払いを希望する (支払期限を過ぎると遅延料が発生します。ご了承下さい。)			
語学力	<input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> よくできる			
	英検:	級	TOEFL:	点
	TOEIC:	点	その他:	
海外旅行 傷害保険	<input type="checkbox"/> さくら旅行社の案内する保険に申し込む (別紙申込用紙をお送りします。)			
	<input type="checkbox"/> 自己手配			
備考	身体アレルギー、既往症などがありましたらお書き下さい。その他要望やコメントがあればご記入ください。			

私は、申し込み条件を確認した上で、研修の手続きをさくら旅行社に依頼し、当プログラムに必要な学費・諸費用に関する一切の責任を負うことに同意致します。また、研修期間中に病気や怪我が起こった場合、関係スタッフの判断にて適切な医療施設での診察・治療が行われる事を認め、処置される事を了承致します。

申込者署名: \_\_\_\_\_ 署名日: 年 月 日

保護者署名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ 署名日: 年 月 日

注) 署名は、別紙申込条件を確認の上、必ず本人が行って下さい。20歳未満の方は保護者の署名は**必須**です。

さくら旅行社 Sakura Travel Service Pty.

〒870-0039 大分県大分市中春日町 12-30 エクセル中春日 308号

TEL: 097-534-2444 FAX: 097-534-2446 E-mail: sakuratravelpty@gmail.com

※当参加申込書に記載の内容は、本研修に関する手続き以外の目的では使用致しません。