|  |
| --- |
| **２０２３年度 世界展開力強化事業****インターアイランド・サステナビリティ教育プログラム****アメリカ合衆国（ハワイ）短期研修　申請書** |
| ※原則、パソコンで作成すること。手書きで記入する場合、黒色ペンを使用すること。　　 |
| **1. プロフィール** |
| **写真貼付欄****(タテ4cm×ヨコ3cm)****1．3か月以内に撮影****2．本人単身、胸から上****3．裏面に名前記入、ノリ付** | **氏名** | **※パスポートに記載されている通りにご記入ください。** |
| 漢字 | 姓（カナ） | 名（カナ） |
| 　　　　　　　　　　　（　　　　　） | 　　　　　　　（　　　　　） |
| ローマ字 |  |  |
| **生年月日** | 西暦　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| **学部・学科** |  | **学年** |  |
| **学籍番号** |  |
| **国籍** |  | **年齢**※応募〆切時 | 　　　　　　　歳 |
| **パスポート****※米国入国時に残存有効期間が９０日を切っている場合は更新が必要です。** | [ ] **所持している**[ ] **所持していない** | **旅券番号（所持している場合は記載）** |
|  |
| **発行年月日** | **有効期限年月日** |
| 年　　　　月　　　　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| **現住所** | **ふりがな** |
| **(〒　　　-　　　)** |
| **Tel　：** | **Fax：** |
| **携帯電話　：** | **E-mail（携帯）：** |
| **E-mail (PC)**※渡航手続き等、添付ファイルを使用したメールでの連絡が中心になります。必ず記載してください。 |
| **緊急連絡先** | **氏名** | **ふりがな** | **続柄** |
|  |  |
| **(〒　　　-　　　)** |
| **電話：** | **Fax：** |
| **携帯電話：** | **E-mail：** |
| **2.健康状態** |
| **健康状態** | [ ] **良好**[ ] **現在治療中、療養/経過観察中、服薬中である****【病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】****【状態：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】****【服薬：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】** |
| **アレルギー** | [ ] **なし**[x] **あり**  **（詳細記入**  **)** |
| **その他**喫煙習慣がある場合、こちらへご記入ください。 | ※健康に関することで、他に派遣に際して把握しておくべき事項があれば記入して下さい。 |
| **3. 語学力・英語科目履修情報** |
| **語学力（参考）** | **英語のレベル** | **英語試験スコア** |
| **会話力：**[ ] **簡単な会話　/**[ ] **日常会話　/**[ ] **ネイティブレベル** | 英検、TOEIC、TOEFL等のスコアをお持ちの場合はご記入下さい。　　　　　　　　　　　　　　／　　　　　　　　　　　　　 |
| **履修済の場合チェック（☑）をつける（必須）：　　　　　大学英語　□　　　　 英語講読演習中級　□** |
| **４．志望動機****プログラム参加への意気込み、プログラムを通した活動目標を含めた「志望の動機」と「自己PR（特技等を含む）」を記入してください。文字数に上限はありませんので、記入欄の高さを調整して入力してください。** |
|  |

本プログラムでは、以下の業務を目的として、申請者の個人情報を取得しています。下記以外の目的で、取得した個人情報を利用することはありません。

（１）申請、事前研修、短期研修、事後研修を含むプログラムに参加するための連絡・調整

（２）海外渡航、旅行手続き

（３）各種資料の送付

（４）緊急時の適切な対応

（５）事業実施報告書や広報媒体（ホームページ、SNS、広報誌等）への写真掲載

（６）その他、本事業に関する情報提供