|  |
| --- |
| **大学の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****2024年度 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** | **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　：** |
| **携帯電話　：** | **E-mail（携帯）：** |
| **E-mail (大学が付与しているもの)**※渡航手続き等の連絡に使用します。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**[ ] **あり**  **（詳細記入**  **)** |
| **その他**喫煙習慣がある場合、この欄に記入してください。 | ※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ください。 |
| **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等のスコアを記入してください。 |
| **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