受付番号	

茅ヶ崎-ホノルル姉妹都市青少年交流プログラム
参加申込書

【記入日　　年　　月　　日】

ふりがな		生年月日	年　　月　　日
名前		性別（せいべつ）	
ローマ字			
住所	（〒　　－　　）　（TEL　　） 茅ヶ崎市		
学校名	小学校　　年　　組		
食物アレルギー	無 ・ 有 （　　）		

※申し込む人が書いてください

【保護者同意書】 ※この欄は、必ず保護者の方が記入してください

私は、（申込者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿が茅ヶ崎-ホノルル姉妹都市青少年交流プログラムに申し込むこと及び参加者として決定した場合に次の事項について同意します。

- 写真、ビデオ等に記録された本プログラムの様子を、市のホームページやチラシ等の広報活動及びその他の教育活動のために公開されることを承諾します。

保護者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（申込者との続柄：　　）

※　この申込書により収集した個人情報は、本プログラムの実施に必要な範囲に限り、訪問先施設やホノルル市・郡に提供いたします。

ウラにつづく

受付番号	

自分の長所
好きなこと、得意なこと
学校内外での活動（クラブ・委員会・習い事など）
ホノルルの小学生に伝えたい茅ヶ崎のこと

※申し込む人が書いてください

※この面に記入された内容は、面接の際に使用します。