

平成29年度嘉手納町ハワイ短期留学派遣事業

参加申込者プロフィールシート

●以下の質問事項には、参加申込者本人が日本語でご記入ください。

NAME LAST FIRST (氏名) (姓) (名)

GENDER (性別) DATE OF BIRTH (生年月日) Month (月) Day (日) Year (年)

Home Address (Street, City) 現住所 (番地、市町村名)

Home Address (Prefecture, ZIP CODE) 現住所 (都道府県、郵便番号)

TELEPHONE NUMBER (自宅電話番号)

E-mail Address (PC用/携帯不可)

Family Members 家族構成 (同居のみ・本人は不要)

Table with 4 columns: Name (名前), Relation (続柄), Age (年齢), Occupation/Interests (仕事/趣味) ※両方記載

Name of School (学校名)

Grade Level (学年) School Clubs (クラブ活動)

English Levels 英語レベル

- Reading, Writing, Speaking, Listening with options: Little (少し), Good (普通), Excellent (良い)

Personal Character (自分の性格)

- Outgoing, Nervous, Sociable, Cheerful, Adaptable, Shy, Energetic, Positive, Patient, Independent, Studious, Quiet, Affectionate, Humorous

Interests and Hobbies (関心があるもの・趣味)

- Bowling, Camping, Computers, Cooking, Crafts, Drawing/Painting, Dance, Gardening, Music, Movies, Museums/Galleries, Photography/Video, Reading, Watching TV, Others

Favorite Sports (興味のあるスポーツ)

- Baseball (Playing/Watching), Basketball, Soccer (Playing/Watching), Snow Skiing, Snowboarding, Volleyball, Bicycling, Running, Swimming, Tennis, Others

General Health (健康状態)

- Excellent 良好, Previous illness 既往症あり, Physical Handicap 身体障がい者

Foods I can't eat or drink

(嫌いな食べ物・飲み物)

Message for Host family ホストファミリーへのメッセージ (自己紹介)

What would you like to do during your homestay?

ホームステイ中に、ホストファミリーと一緒にやりたい事はなんですか？

Please describe anything special about you or your family if you have.

自分のこと、あるいは、自分の家族の事で特別にホストファミリーに知ってほしい事を書いてください。

応募者本人の 写真貼付

スナップ写真も可 (顔が判別でき 枠内に入るサイズ)

(A3サイズで印刷してください)

HEALTH EXAMINATION RECORD (健康と医療に関する記録)

氏名 姓 Last Name _____ 名 First Name _____

GENDER (性別) M F DATE OF BIRTH (生年月日) _____ 月 Month / _____ 日 Day / _____ 年 Year

Health History (病歴)

該当する項目にチェックを入れてください。病歴がない場合にはチェックは不要です

Table with 2 columns of medical history. Each column has 4 sub-columns: Disease, Past, Present, Date. Diseases listed include Chicken Pox, Measles, German Measles, Mumps, Rheumatic Fever, Tuberculosis, Kidney, Hypertension, Convulsions, Epilepsy, Heart Disease/Defect, Bleeding Disorders, Motion Sickness, Asthma, Rhinitis, Atopic Dermatitis, Ear Infections, Diabetes, Eating Disorder, Fainting, Mononucleosis, Emotional Behavior, Arthritis, Psychiatric Treatment, Sleeping Disorder, and Others.

常備薬はありますか? なし あり 薬名: (_____)

Daily Medicine None Yes Name of Medicine

その他、健康状態で特記事項があればご記入ください

(現在又は過去に入院・通院がある場合は、詳細を記入してください。)

ALLERGIES アレルギー

Table for Allergies with 3 columns: Allergy Type, Check (Yes/No), and Symptoms (Details). Rows include Cat Hair, Food Allergies, Hay Fever, House Dust, Insect Stings, Ivy Poisoning, Penicillin, Other Drugs, and Other.

Vaccines 予防接種

Table for Vaccines with 3 columns: Type, Check (None/Yes), and Date. Rows include Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Polio, Measles, Mumps, Rubella, Tuberculin Test, Haemophilus Influenza, Hepatitis, and Others.