**ハローアルソン・フィリピン医療ボランティア**

**参加者履歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | 性　別 | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | 男　・　女 | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭 ・ 平 | 年 | 月 | | 日 | | | | 年　齢 | | |
|  | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| 携帯番号 |  | | | | | | | | | | |
| Ｅ-mailアドレス |  | | | | | | | | | | |
| 携帯アドレス |  | | | | | | | | | | |
| 職業 | 高校生（学校名　　　　　　　　　年） | | | | | ・ 一般（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 国内連絡先 | フリガナ： | | | | | |  | | | | |
| 氏名： | | | | | | 続柄： | | | | |
| TEL：（ | | ）-（ |  | | | ）-（ | | | ） | |
| 緊急連絡先 | フリガナ： | | | | | |  | | | | |
| 氏名： | | | | | | 続柄： | | | | |
| TEL：（ | | ）-（ |  | | | ）-（ | | | | ） |
| アレルギー有無 | 有： | | | | | | | 無 | | | |
| 血液型 | Ａ　・　Ｂ　・　Ｏ　・　ＡＢ | | | | | | | Ｒｈ　－　・　＋ | | | |
| 既往症 |  | | | | | | | | | | |
| その他  会への要望 |  | | | | | | | | | | |

※記入漏れのないようにご記入ください。

※なお、電話番号・携帯番号及びＥ－mail・携帯アドレスはいずれかを必ず記載してください。

※個人情報の取扱いにつきましては、ボランティア参加関係以外には、一切使用致しません。

**ハローアルソン・フィリピン医療ボランティア**

***JAPAN&PHILIPPINES JOINT MEDICAL AID***

**参加申込書**

申し込み締切り　　月　　日（　　）

※フリガナを必ず記入願います。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 職　業 | | 英語名（パスポートに記載の字） | |
| 氏名 |  | |  | |  | |
| ※パスポート申請中の方のみご記入下さい | |
| フリガナ |  | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | |  | | |
| 自宅ＴＥＬ　　　　（　　　　） | | |
| 勤務先 | 会社名 |  | | 役職名 | |  |
| 所在地 | 〒 | | | ＴＥＬ　　　　（　　　　） | |
| 国内  連絡先 | 住所 | 〒 | | | ＴＥＬ　　　　（　　　　） | |
| 氏名 |  | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **パスポートコピー添付欄**  パスポートの残存期間がフィリピン入国日より  **６ヶ月以上**必要です。  **2018年8月12日**以降  までの通用の確認して  下さい。 | |
| 旅　　券  ＰＡＳＳＰＯＲＴ | 日　本　国　　　　　　ＪＡＰＡＮ  型　　　発行国　　　　　　旅券番号 |
|  | 姓  名  国籍　　　　　　　　　　生年月日  性別  発行年月日  有効期間満了日  発行官庁 |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人　　氏名　： |  |