

2019年 ハローアルソン・フィリピン 医療ボランティア 一般参加者募集

■ アクティビティー予定

日時 : 2019年2月7日(木) ~ 2月10日(日)
場所 : フィリピン共和国マニラ近郊スラム街
宿泊 : マニラ市内ホテル
参加費 : 一般参加者・・・16万円
(活動費、渡航費、食費、宿泊費、現地移動費等含む)

■ 募集期日

- 10月31日(水) 締め切り

■ 参加資格

1. 歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・歯科助手等 医療従事者。
2. 一般参加者の方々につきましては、どなたでも参加が可能です。
3. 事前研修会と帰国後の活動報告会に参加できる方。
(どちらか参加できない場合、参加費は25万円となります)

■ 選考方法

- 参加申込書、参加履歴書を事務局宛に FAX または郵送でお願いします。

■ 一般参加者事前研修会

- 日時・・・11月26日に実施予定です。
- 場所・・・愛歯技工専門学校 東京都板橋区加賀1-16-6
03-5375-5516

※ 事前研修会の参加をもちまして2019年度現地参加資格とさせていただきます。

〒325-0026

栃木県那須塩原市上厚崎 582-3

せきぐち歯科医院

TEL: 0287-62-6487

ハローアルソン・フィリピン医療を支える会

栃木支部 団長 関口 敬人

平成 年 月 日

ハローアルソン・フィリピン医療ボランティア 参加申込書

1. 氏名等記入欄

フリガナ			職業	英語名(パスポートに記載の字)	
氏名(参加者)	Ⓜ		一般:		
フリガナ					
現住所	〒			Tel:	
国内 連絡先	住所	〒			Tel:
	氏名				
一般記入欄 勤務先等	会社名等				役職等
	所在地	〒			Tel:

2. パスポートコピー貼付欄

パスポートコピー貼付欄

旅 券 日 本 国 J A P A N

P A S S P O R T 型 発行国 旅券番号

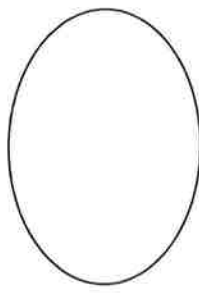
姓 名 国籍 生年月日

性別

発行年月日

有効期間満了日

発行官庁



ご確認ください！！

有効期限満了日が
活動最終日
+
6ヶ月以上

3. フィリピンでの宿泊について(ご希望がある場合のみご記入ください)

ひとり部屋を希望 ○で囲んでください	する	基本より参加費用が24,000円程度プラスとなります。また、参加人数や現地での宿泊施設の状況等により、ご希望に添えない場合(24,000円をご返金)がありますので予めご了承ください。
	しない	部屋割りは、事務局で割り振らせていただきます。

ハローアルソン・フィリピン医療ボランティア 履歴書

平成 年 月 日

フリガナ		性別	
氏名		男・女	
住所	〒 千も必ずご記入ください		写真貼付 <small>(初参加者は、カラー) 縦4cm×横3cm</small>
生年月日	昭・平	年	月 日
職業	一般 (職業:) ※高校生以上は、一般記入欄にご記入ください (会社名等:)		
	高校生 (学校名:) 年) 資格や特技、好きな教科などをご記入ください		
血液型	A・B・O・AB	Rh	-・+
電話番号	(- -)		・なし
携帯番号	(- -)		・なし
E-mail	半角で記入		・なし
携帯アドレス	半角で記入		・なし
アレルギー	食物 有り: 生活		・なし
既往歴	※現在、薬を服用している場合は、薬名もご記入ください		・なし
国内連絡先 <small>【本人以外・保護者等】</small>	フリガナ: 氏名: TEL: (- -)	続柄:	
緊急連絡先 <small>【本人以外・保護者等】</small>	フリガナ: 氏名: TEL: (- -)	続柄:	
その他 会への要望等			

※記入漏れのないようにしてください。
 ※血液型が不明な方は、必ず事前に医師による診断を受け、ご記入ください。
 ※個人情報の取り扱いにつきまして、ボランティア参加関係以外には、一切使用致しません。