令和７年　　月　　日

|  |
| --- |
| 　　令和７年度北海道せたな町中学生派遣に参加を希望し申込します。 |
| ふりがな |  | 男女 | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  |
| 学　校　名 | 　　　　　　　　　中学校（　　　　年　　　組） |
| 電話番号 | 自宅　　　　　　　　　　　　保護者携帯　　　　　　　　　　　　　　 |
| メールアドレス |  |
| 健康状態についてお伺いします。下記の項目について、本人若しくは保護者が記入してください。 |
| 病歴 | あり・なし | 病名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　）（治療中・経過観察中・治癒） |
| 病名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　）（治療中・経過観察中・治癒） |
| アレルギー | 無・有 | 種類 |  |
| 種類 |  |
| その他 | その他健康面に配慮が必要な点がございましたらご記入ください。 |

|  |
| --- |
| **保護者同意欄（必ず保護者が記入・押印してください）** |
| 私は募集要項に同意のもと、（応募者氏名）　　　　　　　　　　　　が令和７年度北海道せたな町中学生派遣事業に応募することを承諾します。　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |