

APPLICATION FORM (英文申込書:プロフィール) No.1
KANSAI NEWZEALAND CENTRE 【RUGBY CAMP PROGRAMME】

参加者本人の写真

写真貼り付け

(4cm×4cm程度)

※スナップ可

※ この申込書はホストファミリーの選定や、現地のコーチが指導にあたり必要な資料になります。
記入にあたっては、黒のボールペンで丁寧に英語のブロック体で全項目にご記入ください。
(住所の番地は英語式に記入 中町1丁目2番3号 ⇒ 1-chome, 2-3, Naka-machi.)

ご記入いただきましたお客様の個人情報は、ホストファミリーの選定及び英語研修プログラムのために現地受入れ校、ホストファミリーへの提供に利用し取扱には十分注意致します。

コース名 (日本語)	2010 “NZ Rugby Camp” Programme			出発日 8 / 12
NAME (名前)	Family Name(姓)	Given Name(名)		Kanji(漢字)
ADDRESS (住所)	〒 _____			Tel/Fax Number(電話/Fax) TEL: _____ FAX: _____
EMERGENCY CONTACT (緊急時の 日本連絡先)	Family Name(姓) _____	Given Name(名) _____		Tel/Fax Number(電話/Fax) TEL: _____ FAX: _____
	Relationship to you () (参加者との関係)			Mobile: _____ (携帯)
DATE OF BIRTH (生年月日)	Day (日) / Month / (月) / Year (年)	Age (年齢)	Sex (性別)	Nationality(国籍)
	/ /		<input type="checkbox"/> Male(男) <input type="checkbox"/> Female(女)	
HOBBIES(趣味) INTERESTS(興味)	<input type="checkbox"/> Sports <input type="checkbox"/> Music <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Travel/Sightseeing <input type="checkbox"/> Cooking <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Others (please specify) ()			
Physical Information (健康状態)	Weight (体重) : _____ KG、 Height (身長) : _____ CM、 Rugby Position: _____ How long have you played Rugby.? (今迄何年間ラグビーをプレーしましたか?) _____ Have you had any injuries recently? (最近怪我をされましたか?) _____			
Do you mind host families have pets? (ペットについて)	<input type="checkbox"/> Yes / どうしても嫌いなペットがいる → <input type="checkbox"/> I don't like(/ ペットは嫌い。ペットの種類を記入) → <input type="checkbox"/> I have a pet allergy (ペットアレルギーがある) (dog/cat/bird/others/ / アレルギーのあるペットの種類) <input type="checkbox"/> No / ホームステイ先においても構わない → <input type="checkbox"/> I like pets (ペットは好きです) → <input type="checkbox"/> I accept pets outside (屋外で飼われていればOK)			
Do you have any special dietary requirements? (食物の嗜好)	<input type="checkbox"/> No (食物の好き嫌いは特にありません) <input type="checkbox"/> Yes, I can't eat ; (食べられないものがあれば下のボックスにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> Beef (牛肉) <input type="checkbox"/> Pork/Ham/Bacon(豚肉) <input type="checkbox"/> Chicken(鶏肉) <input type="checkbox"/> Eggs(卵) <input type="checkbox"/> Lamb/Mutton(羊肉) <input type="checkbox"/> Fish(魚) <input type="checkbox"/> Dairy Product(乳製品)			
Medical Information (医療情報)	① Allergies <input type="checkbox"/> Yes / アレルギーがある → What kind of allergy? (どんなアレルギーですか) <input type="checkbox"/> Skin rash (アトピー性皮膚炎) <input type="checkbox"/> Asthma (喘息) <input type="checkbox"/> Sinus problem (鼻炎) <input type="checkbox"/> Hay fever (花粉症) <input type="checkbox"/> Hives (じんましん) <input type="checkbox"/> Others(please specify / () <input type="checkbox"/> No / アレルギーはない。 ② Current Medication <input type="checkbox"/> Yes / 薬品名を記入 () (治療薬を服用していますか?) <input type="checkbox"/> No (サプリメントを除いて特に薬は服用していない。) ③ Do you have a disability? (何か障害をお持ちでしたらご記入下さい) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (If Yes, please explain)			
Are you a smoker?	喫煙しますか? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Your Comment (希望事項があれば)				