

十日町・コモ姉妹都市交流協会
 青少年交換留学生 選考申込書

氏 名	(フリガナ)
	(漢 字)
	(ローマ字)
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
性 別	男 ・ 女
保護者氏名	
連絡先住所	(〒 -)
自宅電話番号	TEL () —
FAX 番号(あれば)	FAX () —
携帯電話番号(本人)	() —
携帯電話番号 (保護者)	() —
メールアドレス	@
職 業	
学校名又は会社名 (学校の場合学年も)	
パスポートの有無	有 ・ 無
パスポート番号	
パスポート有効期限	西暦 年 月 日
家族構成	同居の家族及び飼育しているペットをお書きください。
アレルギー	有 () 無

※ご記入いただいた個人情報につきましては、青少年交換留学事業の実施に関する事由以外には使用いたしません。