

平成30年度ラピッド市市民訪問団派遣申込書

平成30年 月 日現在

ふりがな			
氏名			性別 男・女
生年月日	年 月 日生 (歳)		
住所	〒 日光市	電話番号	自宅 携帯
緊急連絡先	電話: - - 【連絡先名】		
勤務先又は学校名			
健康状態	健康・治療中(治療の内容:		
宿泊形態	※ご希望の宿泊形態に○印をつけてください。 (ホテル宿泊の場合は基本的に2人1部屋となりますが、ホテルの1人部屋希望もお受けします。) 1. ホームステイ 2. ホテル宿泊 3. ホテル宿泊1人部屋希望		
自由記入欄	※応募動機・自己PR・事業への要望等ご自由にご記入ください。		

平成30年 月 日

日光市国際交流協会 会長 様

私は、平成30年度ラピッド市市民訪問団派遣事業に申し込みます。また、参加する際には、派遣計画に従い、規律ある行動をすることを誓約します。

氏 名 印