

三種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)				急性灰白髄炎(ポリオ)			
1	年	月	日	1	年	月	日
2	年	月	日	2	年	月	日
3	年	月	日	3	年	月	日
4	年	月	日	麻しん(はしか)			
B型肝炎				1	年	月	日
1	年	月	日	2	年	月	日
2	年	月	日	風疹(三日ばしか)			
3	年	月	日	1	年	月	日
A型肝炎				新型コロナウイルス			
1	年	月	日	1	年	月	日
2	年	月	日	2	年	月	日
流行性耳下腺炎				3	年	月	日
1	年	月	日				

※下記の承諾書に保護者・学校長の署名捺印をお願いします。

保護者の承諾書	
『令和5年度ダイヤモンド高校長期交換留学事業』への参加について、承諾のうえ申し込みます。	
(保護者住所)	_____
(保護者氏名)	_____ 印 (申込者との続柄) _____
(緊急連絡先) 氏名	_____
電話番号(携帯電話)	_____
メールアドレス	_____

学校長の承諾書	
上記の者が、留学決定された場合、交換留学生として派遣されることを承認し、またダイヤモンド高校からの生徒を交換留学生として受け入れいたします。	
年	月 日
学校名	
学校長	Ⓜ

事務局記入欄 ※こちらには何も記入しないで下さい。

--