

令和 8 年度（2026-2027）ダイヤモンド高校長期交換留学事業 参加申込書 兼 承諾書

令和 年 月 日現在		
ふりがな		
氏 名		
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女
ふりがな		電話 ()
住所 〒		—
		メールアドレス

写真を貼る位置

1. 縦 36～40 mm
横 24～30 mm
2. 本人半身胸から上
3. 裏面このりづけ
4. 裏面ご氏名記入

学歴	中学校 年 月 日卒業	
学校名・学科	学年・組	年 組
現在有する資格 (資格取得年月日)	趣味・特技	
英語の学習歴とレベル (学校の授業や評価でも OK)		
応募動機		
自己 PR		

1. 現在通院中ですか？（ はい ・ いいえ ）
（はい）とお答えの方にお尋ねします。
・病名 （ ）
・服用中の薬がある場合はその名称 （ ）
・事業参加申込みにあたって、主治医の了解をいただいていますか？ （ はい ・ いいえ ）

2. これまでにかかった病気はありますか？（ あり ・ なし ）
（あり）とお答えの方にお尋ねします。どのような病気で、いつ頃ですか？現在の状況はどうですか？
・病名 （ ）（ ）歳頃 （ 治療中 ・ 経過観察中 ・ 治癒 ）
・病名 （ ）（ ）歳頃 （ 治療中 ・ 経過観察中 ・ 治癒 ）

3. アレルギー疾患がありますか？（ あり ・ なし ）
（あり）とお答えの方にお尋ねします。それは何に対するアレルギーで、どのような症状が出ますか？
・アレルギー対象（ ）・症状（ ）

4. 薬で副作用が出たことはありますか？（ はい ・ いいえ ）
（はい）とお答えの方にお尋ねします。それはどの薬で、どのような症状が出ましたか？
・薬品名（ ）・症状（ ）

5. その他健康面において配慮が必要な点などがありましたらご記入ください。

予防接種の接種状況（母子手帳を確認の上、記入してください。未接種の場合は空欄としてください。）			
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の署名と捺印をお願いします。

保護者の承諾書	
『令和7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、 <u>応募要領をよく読み</u> 、納得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 _____	

※下記は空欄のまま、課題の作文を添えて千歳高校エジケ先生または水野先生へ提出してください。

学校長の承諾書	
上記の者が、令和8年度ダイヤモンド高校長期交換留学事業に申し込むことを承認いたします。	
年 月 日	
学校名	
学校長	印