

# 2024年派遣

秋田県高校生長期留学派遣事業  
わか杉のさと奨学金願書 Aコース用

受付日※
年 月 日

フリガナ					性別	写 真		
氏名					男・女			
生年月日	西暦	年	月	日	国籍		満	歳
フリガナ								
現住所	〒							
電話番号			FAX			本人携帯番号		
PC mail			携帯mail					
在学学校名	国・公 私立			高等学校 中等教育学校	学科 コース	学年		
	所在地 〒			☎	3学期制・2学期制			
ホームルーム 教員氏名				担当 教科	留学担当 先生名			
最終学歴	中学校 卒業							
第一希望	以下から希望する国の記号を、3つまでそれぞれ左欄に記入してください。					現地事前研修		
	<b>AG</b> アルゼンチン	<b>BG</b> ベルギー	<b>ER</b> エクアドル	<b>EE</b> エストニア	受講を希望する 受講を希望しない			
第二希望	<b>FR</b> フランス	<b>GM</b> ドイツ	<b>IT</b> イタリア	<b>MX</b> メキシコ				
	<b>NL</b> オランダ	<b>SW</b> スウェーデン	<b>TH</b> タイ	<b>TW</b> 台湾				
第三希望	<b>US</b> アメリカ合衆国							
家 族 構 成	氏名	本人との続柄	年齢	学校名／勤務先	携帯番号			
	フリガナ							
	フリガナ							
	フリガナ							
	フリガナ							

海外渡航歴	有 ・ 無	行先		期間
これまでのクラブ活動	1		2	
趣 味 スポーツ	1		2	
	3		4	
特 技 英語資格	1		2	
宗 教	なし あり ( )			
アレルギー 持病 既往症など	種 類	程 度		薬の必要性
	喘息	なし あり (通院なし あり)		必要なし 市販の薬 病院の薬
	花粉症	なし あり (通院なし あり)		必要なし 市販の薬 病院の薬
	アトピー	なし あり (通院なし あり)		必要なし 市販の薬 病院の薬
	アレルギー	なし あり (通院なし あり)		必要なし 市販の薬 病院の薬
		アレルゲンおよび症状の程度：		
	発達・学習障害	なし あり (通院なし あり)		必要なし 市販の薬 病院の薬
	精神疾患 <small>(鬱、摂食etc.)</small>	なし あり (通院なし あり)		必要なし 市販の薬 病院の薬
その他	病名： 症状：			
単位認定	単位認定について学校と 相談済 ・ これから確認			
	相談済みの方は該当に○をして下さい。 1. 留学扱い (留学中の単位を認めてもらい進級する) 2. 休学扱い (原級に戻る)			
わか杉のさと奨学生を何で知りましたか？ (数字を○で囲んでください)				
1	学校の先生の紹介・先生のお名前：		2	学校に貼ってあったポスターを見て
3	知人に紹介された お名前：			
4	新聞をみて 紙名：		5	雑誌をみて 誌名：
6	各地域にある国際交流協会：		県・市・町	国際交流協会または交流センター
7	インターネット・サイト名：			
8	その他 (具体的に記述してください。):			
説明会に参加したことがありますか？	本 人	なし	あり (日付：_____)	
	保護者	なし	あり (日付：_____)	

わか杉のさと奨学金に、上記のとおり出願致します。

年 月 日 本人署名 \_\_\_\_\_

親権者署名 \_\_\_\_\_

ご記入いただいた個人情報は、プログラムの運営および事務局の各種教育交流プログラムのご案内や活動を伝えるお知らせ、又プログラム参加後のサポートやアンケートのために利用させていただくことがあります。