

2024年派遣

EIL高校生交換留学プログラム サポーター奨学金願書

受付日※

年 月 日

※は事務局記入欄です

DOB	MED	SG	ENG				試験会場
※	※	※	※	※	※	※	※

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				中 学 校 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	小学校 卒業 中学校						
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	
	<div>US アメリカ合衆国</div> <div>IT イタリア</div> <div>EE エストニア</div>					受講を希望する 受講を希望しない	
第二希望	<div>TH タイ</div> <div>FR フランス</div> <div>BG ベルギー</div>					希望出発時期	
	<div>MX メキシコ</div>					夏	
第三希望	受験希望月を○で 囲んでください	6 月 ・ 7 月 ・ 8 月 ・ 9 月				希望参加期間	
	受験希望地を○で 囲んでください	札幌・盛岡・秋田・仙台・郡山・宇都宮・高崎・つくば・東京・新潟・高岡・金沢・長野・静岡・名古屋・大阪・岡山・広島・山口・徳島・松山・高知・福岡・熊本・大分・宮崎・鹿児島・那覇・名護					1 学年間
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 氏名						
	フリガナ 氏名						
	フリガナ 氏名						
	フリガナ 氏名						

※ボールペンで記入してください

