

平成29年度 地域間交流促進プログラム(タイ) 参加申込書

団体名	(日本語表記)	(英語表記)	
所在地	〒		
研修担当部署	所属名		
	担当者名		
	T E L		
	F A X		
	E - m a i l		
参 加 者	フリガナ		
	氏名	姓	名
	ローマ字	姓	名
	※パスポート記載の表記	<input type="checkbox"/> ※パスポート未取得の方はチェックを入れてください	
	生年月日	西暦 年 月 日 (歳) ※2018年1月10日現在の年齢を記入してください。	
	パスポート	番号:	有効期限 年 月 日
	所属 (部課名等)	(日本語表記)	(英語表記)
	職名	(日本語表記)	(英語表記)
	T E L		F A X
	E - m a i l		性別 男・女
	自宅 (緊急連絡先)	〒	
		氏名:	TEL:
	食物 アレルギー	有・無 (有の場合は、該当の食品名等を記入ください。)	ホテルの 喫煙室の希望 (海外研修のみ) 有・無
自由記載欄	(プログラムにおける要望事項、健康状況等)		

受講推薦書（NPO など民間団体・国際機関から参加する場合）		
受講団体	代表者名	
	活動内容	
	行政や地域国際化協会との協働内容	
推薦団体	団体名	
	担当課名	
	所在地	〒
	T E L	
	E - m a i l	
<p>上記の者の受講を推薦します。</p> <p>平成 年 月 日 推薦団体の長の職氏名</p> <p>一般財団法人自治体国際化協会事務局長 様</p> <p>全国市町村国際文化研修所学長 様 公印省略</p>		

※参加者一名につき 1 枚の申込書をご記入ください。

【申込先】

一般財団法人自治体国際化協会シンガポール事務所

担当 新海 E-mail: shinkai@clair.org.sg

※個人情報使用承諾書及びパスポートの写しを添えて、E-mail にてお申込みください。