

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 有・無 (海外研修のみ)
自由記載欄	(プログラムにおける要望事項、健康状況等)		

