

## 平成26年度 地域間交流促進プログラム(マレーシア) 参加申込書

※ 参加者一名につき1枚の申込書をご記入ください。

団体名				
所在地	〒			
研修担当部署	課等名			
	担当者名			
	TEL / FAX	/		
	Eメールアドレス			
参加者	フリガナ			
	氏名	姓	名	男・女
	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	19 年 月 日 ( 歳) ※ 平成26年11月5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	
	所属(職名)	( )		
	TEL / FAX	/		
	Eメールアドレス			
	自宅 (緊急連絡先)	〒	喫煙室の希望 (海外研修のみ)	有・無
	氏名	TEL		
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・TEL	〒	TEL	
上記の者の受講を推薦します。				
平成 年 月 日 推薦団体の長の職氏名				
(一財) 自治体国際化協会理事長 様				
全国市町村国際文化研修所学長 様 <span style="float: right;">公印省略</span>				
自由記載欄	(プログラムにおける要望事項、健康状況、アレルギー等)			

**【申込先】** パスポートの写しを添えて、E-mail にてお申込みください。

(一財) 自治体国際化協会東京本部 交流支援部経済交流課 夏秋 行 E-mail: keishin@clair.or.jp