

ハローアールソン・フィリピン医療ボランティア 履歴書

フリガナ		平成 年 月 日	
氏名	性別		写真貼付 (初参加者は、カラー) 縦4cm×横3cm
	男・女 下も必ずご記入ください		
住所	下		
生年月日	昭・平	年	月 日
職業	一般 (職業:) ※高校生以上は、一般記入欄にご記入ください (会社名等:)		
	高校生 (学校名:) 資格や特技、好きな教科などをご記入ください		
	年		
血液型	A・B・O・AB	Rh	-・+
電話番号	(-) ・なし
携帯番号	(-) ・なし
E-mail	半角で記入 ・なし		
携帯アドレス	半角で記入 ・なし		
アレルギー	食物 有り: 生活 ・なし		
既往歴	※現在、薬を服用している場合は、薬名もご記入ください ・なし		
国内連絡先	フリガナ: 氏名: 続柄: TEL: (- -)		
緊急連絡先	フリガナ: 氏名: 続柄: TEL: (- -)		
その他 会への要望等			

※記入漏れのないようにしてください。
 ※血液型が不明な方は、必ず事前に医師による診断を受け、ご記入ください。
 ※個人情報情報の取り扱いにつきまして、ボランティア参加関係以外には、一切使用致しません。

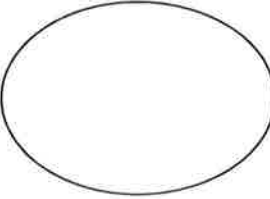
平成 年 月 日

ハローアールソン・フィリピン医療ボランティア 参加申込書

1. 氏名等記入欄

フリガナ	職業	英語名(パスポートに記載の字)
氏名(参加者)	一般: 印	
フリガナ		
現住所	Tel:	
国内	住所 〒	Tel:
連絡先	氏名	
一般記入欄 勤務先等	会社名等	役職等
	所在地 〒	Tel:

2. パスポートコピー貼付欄

旅 券	日 本 国	J A P A N
P A S S P O R T	型 発行国	旅券番号
	姓 名	生年月日
	国籍	性別
	発行年月日	有効期間満了日
	発行官庁	

ご確認ください！！

有効期限満了日が
活動最終日
+
6ヶ月以上

3. フィリピンでの宿泊について(ご希望がある場合のみご記入ください)

ひとり部屋を希望 ○で囲んでください	する	基本より参加費用が24,000円程度プラスとなります。また、参加人数や 現地での宿泊施設の状況等により、ご希望に添えない場合(24,000円 をご返金)がありますので予めご了承ください。
	しない	部屋割りは、事務局で割り振らせていただきます。