

第 2 2 回青少年海外派遣事業参加申込書

公益財団法人内子町国際交流協会理事長 様

〔平成 2 8 年 月 日現在〕

(ふりがな) 氏 名		男・女	生 年 月 日	
			昭・平 生	年 月 日 (歳)
学 校 名	学校	高等	学 年	年生
現 住 所	〒 行 政 区 () 【 連 絡 先 Tel			
応募した動機と目的	応募回数 (今回で) 回目 (今回の海外派遣で特に学びたいことを具体的に書いて下さい)			
特技・趣味	(文化的・スポーツ的活動について具体的に書いて下さい)			
自 己 P R (健康状況を含む)				
保護者の同意	内子町青少年海外派遣事業に参加することに同意します。 平成 2 8 年 月 日 住 所 氏 名 印 【 連 絡 先 Tel			

問い合わせ先 (公財) 内子町国際交流協会 TEL0893-44-2114 FAX0893-44-6137