

## 親 子 ス テ イ 参 加 申 込 書

参加者氏名 (パスポートと 同じ氏名) (英文)	フリガナ	性別	年 令	歳
		1.男	国 籍	
		2.女	出生地	
	Last Name(姓)	First Name(名)	生 年 月 日	
			19	年 月 日生
参加する お子さんの氏名 (パスポートと 同じ氏名) (英文)	フリガナ	性別	年 令	歳
		1.男	国 籍	
		2.女	出生地	
	Last Name(姓)	First Name(名)	生 年 月 日	
				年 月 日生
参加する お子さんの氏名 (パスポートと 同じ氏名) (英文)	フリガナ	性別	年 令	歳
		1.男	国 籍	
		2.女	出生地	
	Last Name(姓)	First Name(名)	生 年 月 日	
				年 月 日生
現 住 所	フリガナ	電 話 番 号		
	〒			
勤務先 / 学 校	フリガナ	電 話 番 号		
渡航中の連絡先	氏 名	フリガナ	続 柄	
住 所	フリガナ	電 話 番 号		
	〒			

参加プログラム(必要事項を記入または で囲んで下さい)

滞 在 形 態	ホームステイ コンドミニウム( 1 Bedroom、2 Bedroom ) ホテル・その他(			
滞在期間・人数	期間____(日間 週間) 参加者 大人____人 子供____人 計____人			
英 語 研 修	希望する 希望しない	希望する 英語学校 _____	期間 ____週間	レッスン数____レッスン
サマーキャンプ	希望する 希望しない	希望するサマーキャンプの団体、種類、期間		
特別アレンジ	希望する 希望しない	希望する内容		

出発希望日 20 年 月 日( 曜日) 帰国希望日(サンディエゴご出発日) 20 年 月 日( 曜日)  
航空券の手配(呼び寄せチケット) 希望(する しない)

以上のとおり、署名または捺印のうえ申し込みます。

20 年 月 日

参加者署名または印 \_\_\_\_\_ 印 (署名日 年 月 日)

## 親子ホームステイに関するアンケート(その1)

ホームステイにお申し込みの方は、以下の質問にお答え下さい(コンドミニウム等は不要です)。

(該当する項目に☐印をして下さい。文字は英文ブロック体で記入して下さい。)

参加者(お母さんまたはお父さん)に関する質問

Name(英文) Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Sex(性別)  Male 男性  
 Female 女性  
 Date of Birth(誕生日) M(月) \_\_\_\_\_ / D(日) \_\_\_\_\_ / Y(年)19 \_\_\_\_\_ Age(年齢) \_\_\_\_\_

1. Do you smoke? (タバコをすいますか)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sometimes
2. Do you mind if a family member smoke? (滞在先の方が喫煙したら、気になりますか)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
3. Do you drink alcohol? (アルコール類は飲みますか)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
4. Do you like pets? (ペットは好きですか)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tolerable 耐えられる <input type="checkbox"/> Intolerable 耐えられない
If intolerable, what animal? (耐えられない場合、どんな動物ですか) _____			
5. Do you have allergies? (アレルギーはありますか)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
If yes, what kind? (ある場合、どんな種類ですか)			
<input type="checkbox"/> Skin rashes アトピー	<input type="checkbox"/> Sinus problems 鼻炎	<input type="checkbox"/> Hives じんましん	
<input type="checkbox"/> Food 食品 _____	<input type="checkbox"/> Animal 動物 _____		
<input type="checkbox"/> Plant 植物 _____	<input type="checkbox"/> Medicine 薬品 _____		
<input type="checkbox"/> Asthma ぜんそく _____	<input type="checkbox"/> Other その他 _____		
6. Condition of your health (貴方の健康状態)	<input type="checkbox"/> Very good とても良い	<input type="checkbox"/> Good 良い	<input type="checkbox"/> Not very good あまり良くない
	<input type="checkbox"/> Medical requirements 常備薬 _____		
	<input type="checkbox"/> Dietary restrictions 食べ物制限 _____		
7. English ability (貴方の英語力を自己申告して下さい)			
<input type="checkbox"/> Elementary 初級	<input type="checkbox"/> Pre Intermediate 初中級	<input type="checkbox"/> Intermediate 中級	
<input type="checkbox"/> Pre Advanced 中上級	<input type="checkbox"/> Advanced 上級		

ホームステイに期待すること、希望することなど。(日本語でどうぞ)

20 年 月 日

参加者署名または捺印 \_\_\_\_\_ 印

## 親子ホームステイに関するアンケート(その2)

ホームステイにお申し込みの方は、以下の質問にお答え下さい(コンドミニアム等は不要です)。

(該当する項目に☑印をして下さい。文字は英文ブロック体で記入して下さい。)

## 同伴するお子さんに関する質問

Name(英文) Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Sex(性別)  Male 男性  
 Female 女性

Date of Birth(誕生日) M(月) \_\_\_\_\_ / D(日) \_\_\_\_\_ / Y(年) \_\_\_\_\_ Age(年齢) \_\_\_\_\_

1.Does your child like pets?  Yes  No  Tolerable 耐えられる  
 (貴方のお子さんはペットは好きですか)  Intolerable 耐えられない

If intolerable, what animal? (耐えられない場合、どんな動物ですか) \_\_\_\_\_

2.Does your child have allergies? (貴方のお子さんはアレルギーはありますか)  Yes  No  
 If yes, what kind? (ある場合、どんな種類ですか)

Skin rashes アトピー  Sinus problems 鼻炎  Hives じんましん  
 Food 食品 \_\_\_\_\_  Animal 動物 \_\_\_\_\_  
 Plant 植物 \_\_\_\_\_  Medicine 薬品 \_\_\_\_\_  
 Asthma ぜんそく \_\_\_\_\_  Other その他 \_\_\_\_\_

3.Condition of your child's health  Very good とても良い  Good 良い  Not very good  
 (貴方のお子さんの健康状態) あまり良くない

Medical requirements 常備薬 \_\_\_\_\_  
 Dietary restrictions 食べ物制限 \_\_\_\_\_

## 同伴するお子さんに関する質問

Name(英文) Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Sex(性別)  Male 男性  
 Female 女性

Date of Birth(誕生日) M(月) \_\_\_\_\_ / D(日) \_\_\_\_\_ / Y(年) \_\_\_\_\_ Age(年齢) \_\_\_\_\_

1.Does your child like pets?  Yes  No  Tolerable 耐えられる  
 (貴方のお子さんはペットは好きですか)  Intolerable 耐えられない

If intolerable, what animal? (耐えられない場合、どんな動物ですか) \_\_\_\_\_

2.Does your child have allergies? (貴方のお子さんはアレルギーはありますか)  Yes  No  
 If yes, what kind? (ある場合、どんな種類ですか)

Skin rashes アトピー  Sinus problems 鼻炎  Hives じんましん  
 Food 食品 \_\_\_\_\_  Animal 動物 \_\_\_\_\_  
 Plant 植物 \_\_\_\_\_  Medicine 薬品 \_\_\_\_\_  
 Asthma ぜんそく \_\_\_\_\_  Other その他 \_\_\_\_\_

3.Condition of your child's health  Very good とても良い  Good 良い  Not very good  
 (貴方のお子さんの健康状態) あまり良くない

Medical requirements 常備薬 \_\_\_\_\_  
 Dietary restrictions 食べ物制限 \_\_\_\_\_

20 年 月 日

保護者の署名または捺印 \_\_\_\_\_ 印