姉妹都市交換学生交流事業　参加申込書（学生用）

ハンティントンビーチ市		第１希望		第２希望
ホブソンズベイ市		第１希望		第２希望

希望順に〇印を付けてください
第１希望のみでも構いません

申請日	月　　日	※事務局用	
ふりがな		性別	６か月以内に撮影した正面、上半身無帽、背景無地の写真を添付。（３㎝×４㎝）カラー・白黒共に可。
氏名			
生年月日	西暦　年　月　日		
学校名	中学校 高等学校　年		
現住所	〒 安城市		
電話番号	(自宅)	(保護者携帯)	
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	※保護者のﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ		

家族構成（ホームステイの参考にします。）

氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
		歳			歳
		歳			歳
		歳			歳
		歳			歳
		歳			歳

【保護者承諾書】

私は、上記の者が「姉妹都市交換学生交流事業」に応募することを承諾します。

保護者住所

☐学生と同じ
異なる時記入

保護者氏名

（自署でない場合は押印してください）

※裏面の「個人情報取扱い同意書」にも署名をお願いします。

個人情報取扱い同意書

本協会は、お預かりした個人情報について、以下のとおり適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

（利用目的）
１　本協会は収集した個人情報について、以下の目的のために使用します。
（１）派遣者選定
（２）派遣決定後の渡航手続きのため
（３）ホームステイ先選定のため（派遣先協会等への提供を含みます）
（４）その他姉妹都市派遣に必要な手続等
（５）活動を記録した写真映像を事業の報告またはＰＲに使用する場合

（第三者提供）
２　本協会は、前項のほか、以下の場合を除いて同意なく個人データを第三者へ提供することはいたしません。
（１）法令に基づき必要のある場合
（２）人の生命、身体、財産を保護するために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
（３）公衆衛生の向上、児童の健全な育成のために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
（４）国の機関や地方公共団体、その委託者などによる法令事務の遂行にあたって協力する必要があり、かつ本人の同意を得ることで事務遂行に影響が生じる可能性がある場合

（開示請求）
３　自身の個人情報について、開示、訂正、削除、利用停止を請求する権利があります。

私は、上記の個人情報取扱事項について同意いたします。

年　　　月　　　日

本人署名

____

保護者署名

____