

交換研修プログラム参加申込書

私は、TRIADプログラム(日米英景観園芸交換研修プログラム)に参加したいので、関係書類を添えて申し込みます。

写真貼付

最近3ヵ月以内に
撮影したものを貼付
してください。
(縦4cm×横3cm)

- ふりがな
- 1 氏 名 印
- 生年月日 年 月 日生
- 2 本 籍 都・道・府・県
- 3 現住所
- (TEL)
- (e-mail)
- 4 学 歴 (別紙1のとおり)
- 5 職 歴 (別紙1のとおり)
- 6 研修プログラム参加にあたっての抱負 (別紙2のとおり)
- 6 資格及び免許
- 7 賞 罰

(別紙1)

履 歴 書

学 歴	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
職 歴	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

(注意)・学歴欄は、高等学校以降の全ての入学、卒業等について記入してください。
・学歴、職歴欄が足りない場合は、別の用紙(様式は問いません。)を用いてください。

(別紙2)

研修プログラム参加にあたっての抱負

研修テーマ	
(これまで研鑽してきたこと、研修プログラムで習得したいこと、修了後その成果を活かしたいことなど)	

健康診断書

平成 年度

	科目等履修生	特別聴講生	聴講生	研究生	交換研修生	
本人記入欄	ふりがな 氏名			男・女	住所 (連絡先)	
	生年月日	年	月		日生	出身学校等
	電話番号					
診 断 事 項						
既往症	無・有 (病名)					
健康の状況	身長	cm			体重	kg
	視力	右	()		左	()
	聴力	右			左	
	結核	無・有 (具体的に)				
	その他の疾病及び異常	無・有 (具体的に)				
<p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 (所在地)</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名 印</p>						

- (注) 1 視力の欄は、裸眼視力を左側に記入し、該当者は () 内に矯正視力を記入すること。
 2 「結核」、「その他の疾病及び異常」の欄は、無・有のいずれかを○で囲み、有りの場合は () に記入すること。
 3 検査方法は、学校保健安全法施行規則の定めるところによること。

交換研修生身元保証書

交換研修プログラム参加申込者	ふりがな	
	氏 名	

このたび、日米英交換研修生として研修に参加するにあたり、研修期間中は諸規則を守り研修に専念することはもちろん、貴学および研修関係機関に対する一切のことに関し、保証人とともに指示に従います。

平成 年 月 日

本人

〒

現住所

氏 名

電 話

生年月日 年 月 日生

保証人（なるべく阪神間又はその付近在住の独立生計者）

〒

現住所

氏 名

電 話

生年月日 年 月 日生

研究生との関係

勤務先名

勤務先住所

電 話