

2019



「夏休み看護短期研修 2019 申込書

* 以下の必要事項を全てご記入ください。

ふりがな			申込日	年 月 日
氏名			コース	メルボルンコース
ローマ字			性別	女 ・ 男
生年月日	19 年 月 日	年齢	才	国籍 (パスポート記載)
ふりがな				
現住所	〒			
電話番号			携帯電話	
連絡用 E-mail アドレス * 必ず記入してください			FAX 番号	(自宅・勤務先)
ふりがな			学科と学年 (担当科/臨床年数)	科 年
学校(勤務先)名称			卒業予定年	20 年 月 予定
ふりがな				
学校(所属)所在地	〒			
旅行中連絡先 (ご実家)	ふりがな			本人との続柄
	氏名			電話番号
	ふりがな			
	住所	〒		
パスポートの有無	<input type="checkbox"/> 有効なパスポートあり	旅券 No.		
	<input type="checkbox"/> 有効なパスポートなし	有効期限: 年 月 日まで		
<p>●5日目の病院訪問希望: <input type="checkbox"/> 高齢者ケア施設 <input type="checkbox"/> 急性期病院産科病棟 (産科病棟手配が不可能な場合、こども病院に代替となることがあります)</p> <p>●英語プラス看護教育プログラム・OET クラス説明への参加希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>●「オブショナルツアー参加(コアラとペンギン見学)」参加希望 <input type="checkbox"/> あり(有料約¥15,000.-: AUSドルで現地払い) <input type="checkbox"/> なし</p> <p>●現在有効なオーストラリア電子入国許可(ETA)をお持ちですか? <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> わからない ※お持ちで無い場合、弊社が代行して申請いたします。(代行手数料 ¥2,000.-税別/ご自身で登録しても A\$20 かかります。)</p> <p>●オーストラリア入国カード兼税関申告書の作成(有料¥1,500.-税別)を弊社に <input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない</p> <p>●同じホストファミリー宅希望のある方: 相手の氏名()</p>				
ローン希望の方には、別途案内書を送ります。 (ローン手続き手数料 ¥6,000.-税別 要)		分割払いローン希望 <input type="checkbox"/> なし 「あり」の場合借りたい金額 ↓ (上限 298,000 円) <input type="checkbox"/> あり (円)		
●最終旅行資料の送付先希望 (送付は出発の 7~10 日前頃を予定しています) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 帰省宅 (実家)				
<p>私は、このプログラムに参加するに際し、パンフレットに示されたプログラムの内容、参加費用及び条件を確認し、私または下記に署名する私の保護者が責任を持って示された期日までに参加費用を指定の方法で支払います。プログラム参加中は現地プログラム履行者の指示に従い、団体行動に協力します。また、プログラム開始前及び開始後、協力団体または講師、視察医療施設の指示により、パンフレットに示された日程、スケジュール、レクチャー内容、視察先の変更があることに同意します。私は、プログラム参加中、病気やけがの際、適切な医療施設での診断、治療を認めるとともに宜しく処置くださるようお願い申し上げます。私は、緊急時に備え、出発前に海外旅行保険に加入します。* 現在病気治療中の方、持病のある方はご記入ください。</p>				
病名:				
参加者署名(本人自筆の和文署名)			参加者保護者署名(参加者が 20 歳未満の場合)	
申込金 5 万円: 2019 年 月 日 銀行 支店から 振り込みました / 振り込みます				
お申込金 振込み先	株式会社トラベルパートナーズ 普通預金口座		みずほ銀行 小舟町(コブナチョウ)支店 口座番号 1881230 りそな銀行 東京中央支店 口座番号 6176535	

- この申込書に必要な事項を全て記入し、お送りください。
- お申し込みは、FAX でも結構です。着信確認のため、担当者迄お電話ください。FAX 番号⇒ 03-5645-3775
着信確認を必ずなさってください。TEL: 03-5645-3700
営業時間: 平日 10:00~18:00 (土日祝休業)

有効なパスポートをお持ちの方は、パスポートの写真の見開きページのコピー(婚姻等で名前が変わり、追記に記載のある方は、そのページも)参加申込書とともにご提出下さい。パスポートをこれから申請される方は、受領後に弊社宛に郵送またはファックスにて送付お願い致します。

Course Name (参加コース名)	TP Summer Study Melbourne 2019 Course	Date of Departure.	31Aug 2019
-------------------------	---------------------------------------	--------------------	------------

Name (氏名)	<input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Mr.	Family Name (姓)	Given Name (名)	スナップ写真可 (但し 顔がクリアなこと)
Address (現住所)	Date of Birth (生年月日)		Country of Birth (出生国)	
Telephone No.	Nationality (国籍)		Religion(宗教)	
Fax No.				
E-mail				

Name of Parent/Guardian (親または保護者氏名)	Name of Brothers / Sisters (兄弟姉妹氏名)	Grade(学年)
Name of School・company (学校・勤務先名)		

★English speaking ability (英会話力) <input type="checkbox"/> Beginner 初心者 <input type="checkbox"/> Elementary 初級者 <input type="checkbox"/> Intermediate 中級者 <input type="checkbox"/> Advanced 上級者 ★Do you smoke? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ★Do you object being placed in a household that smokes? (煙草を吸う家庭にホームステイするのは嫌ですか?) <input type="checkbox"/> Yes はい、いやです。 <input type="checkbox"/> No いいえ、構いません。 ★Do you object being placed in a household that owns pets? (ペットを飼っている家庭にホームステイするのは嫌ですか?) <input type="checkbox"/> Yes はい、いやです。 <input type="checkbox"/> No いいえ、構いません。 ★Detail medical history. 既往症について (動物/食物アレルギーについても書いてください) <input type="checkbox"/> No なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____) ★Medications currently prescribed (現在服用中の薬について) <input type="checkbox"/> No なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____) ★Have you travelled overseas before? If yes, when, where, how long? (以前に外国旅行をしたことがありますか? もしあれば、いつ、どこへ、期間は?) <input type="checkbox"/> No なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)	★Interests & Hobbies (興味と趣味について) ・Sports and Recreation スポーツとリクリエーション 例: Cycling, running, tennis, swimming, etc. (_____) ・Arts & Entertainment アートとエンターテイメント 例: Listening to music, reading, movies etc. (_____) ・Other activities その他 例: Computers, cooking, travelling, etc. (_____) ・Do you have any special interests or skills? 何か特別な趣味とか技術を持っていますか? (_____) ★Food (食べ物) ・What kind of food do you like? 好きな食べ物は? (_____) ・What kind of food do you dislike? 嫌いな食べ物は? (_____) ・Do you follow a special diet? (vegetarian etc) 特別な食事をとってますか? (ベジタリアンなど) (_____)
---	--

ホストファミリーあてのメッセージです。参加目的・自己紹介等在中にお書きください。(英文で) Message to your host family

In applying to your program, I agree to abide by the policies, rules and regulations, agreements, procedures, and directions of the sending and host organizations as being described in tour brochure and other guiding documents. I acknowledge that I have read and understood the above application and terms and conditions and completed it truthfully to the best of my ability.
 私は企画実施団体が発行する募集パンフレット及び後で配布される関連文書に記載される趣旨、諸規則、約束事項、手続き及び受け入れ機関の指示に従うことを約束し、ここに申し込みます。上記申込書と参加条件の内容を読み、理解したうえで自分に可能な限り正確に記入いたしました。

参加者署名(英文) Signature	参加者署名(和文)	Ⓢ
(DATE: Day /Month / 2019)	2019 年 月 日	
●If applicant is under 20 years of age: I hereby accept that the assigned host organizations may act as responsible guardians for my son / daughter and may decide on emergency medical treatment including surgery, without personal liability. I hereby release the sending and receiving organizations and any of their staff, and any of the host family members, of all manner of actions, and financial or other responsibilities, and of claims and demands which I may have arise out of participation in your programs. I agree that my son / daughter must comply with all of the rules and regulations of your programs, or her/she will be returns home immediately under my financial responsibility. ●参加者が20歳未満の場合 渡航中の子供に対して受け入れ機関が保護者に代わり、緊急を要する医療(手術を含む)には彼らの個人的責任を負うことなく決定しうることをここに承認します。そして子供がプログラム参加中に起こりうるすべての法的処置、いかなる経済的その他の責任、諸問題、要求について、派遣及び受け入れ機関とその役職員、並びに受け入れ家族の全員に対し免責の保証を与えます。また子供を貴プログラムの諸規則に従わせ、もし違反した場合、私の経済的責任のもとに即刻帰国することに異議を申しません。		
保護者署名(英文) Signature	保護者署名(和文)	Ⓢ
(DATE: Day /Month / 2019)	2019 年 月 日	