

参加申込書

受付： 月 日 (受付番号: No.)

室蘭工業大学国際交流センター長 殿

第4回 アメリカ・ウェスタンワシントン大学研修 への参加を申し込みます。

氏名 (本人署名) _____

※ すべてパスポートと同じ内容・漢字・つづりで書いてください。これから取得する学生は相談してください。			
(ふりがな)		ローマ字 (活字体・大文字)	
氏名		Mr.	
		Ms.	
学科・学年	<input type="checkbox"/> 学部 <input type="checkbox"/> 修士	(年)	学籍番号
生年月日	平成 年(西暦 年) 月 日	性別	男 ・ 女
※ 添付資料受信可能なアドレスにチェック(☑)を入れてください。			
Eメール	<input type="checkbox"/>		
携帯メール	<input type="checkbox"/>		
現住所	(〒 -)	携帯電話番号	()
本籍地	(都道府県名のみ)	研修参加時の年齢 (2016年8月)	歳
留守連絡先	住所: (〒 -)	電話番号:	
	氏名:	本人との関係:	
旅券 (取得済の場合)	番号	発行年月日 有効期限	(西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
出発空港 ※1つに☑	<input type="checkbox"/> 新千歳 <input type="checkbox"/> 成田国際 <input type="checkbox"/> 上記以外を希望 (空港)	到着空港 ※1つに☑	<input type="checkbox"/> 新千歳 <input type="checkbox"/> 成田国際 <input type="checkbox"/> 上記以外を希望 (空港)
海外渡航経験 (あれば)	期間: 年 月 ~ 年 月	期間: 年 月 ~ 年 月	
	国・都市名:	国・都市名:	
語学等の成績	TOEIC スコア:		
奨学金	審査の結果、支給対象とならなかった場合: <input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加を辞退する		
単位認定	<input type="checkbox"/> 英語コミュニケーション II (学部) ⇨ 英語コミュニケーション I: <input type="checkbox"/> 履修済 <input type="checkbox"/> 未履修 <input type="checkbox"/> 異文化理解特論 (修士)		
アレルギー疾患等 による食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇨ ありに☑した学生は具体的に記入して下さい。 ()		
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 今までに病気になったことがある ⇨ 病名等:()		
学期初めの 健康診断	<input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診 ⇨ 最後の検診受診日: (年 月) ⇨ 胸部エックス線検査結果: (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり)		
【提出書類】 ①学業成績表 <input type="checkbox"/> ②TOEICスコア写し <input type="checkbox"/> ③パスポート写し <input type="checkbox"/> ④健康診断書写し <input type="checkbox"/>			
【その他】 パスポート (取得済 ・ 申請済み (交付予定日 月 日) ・ まだ申請していない)			
【注意】 参加申込書類提出後の参加取り消しは原則認められません。			

※記入された情報は、ウェスタンワシントン研修実施の為にのみ使用し、その他の目的には使用しません。