

APPLICATION FORM No.1 (英文申込書:プロフィール)  
JAPAN NEWZEALAND CENTRE 【RUGBY CAMP PROGRAMME】

※ この申込書はホストファミリーの選定や、現地のコーチが指導にあたり必要な資料になります。  
記入にあたっては、黒のボールペンで丁寧に英語のブロック体で全項目にご記入ください。  
(住所の番地は英語式に記入 中町1丁目2番3号 ⇒ 1-chome、2-3、Naka-machi、)

ご記入いただきましたお客様の個人情報は、ホストファミリーの選定及び当プログラムのために現地受入校、ホストファミリーへの提供に利用し取扱には十分注意致します。

参加者本人の写真

写真貼付

(4cm×4cm程度)

※スナップ可

コース名 (日本語)	2025 “NZ Rugby Camp” Programme				出発日 7 / 23
NAME (名前)	Family Name(姓)		Given Name(名)		Kanji(漢字)
ADDRESS (住所)	<div>〒</div> <div></div>				Tel/Fax Number(電話/Fax) TEL: <div></div> FAX: <div></div>
EMERGENCY CONTACT (緊急時の 日本連絡先)	Family Name(姓) <div></div>				Tel/Fax Number(電話/Fax)
	Given Name(名) <div></div>				TEL: <div></div> FAX: <div></div>
	Relationship to you ( <div></div> ) (参加者との関係)				Mobile: <div></div> (携帯)
DATE OF BIRTH (生年月日)	Day (日) / Month / (月) / Year (年)	Age (年齢)	Sex (性別)		Nationality(国籍)
	<div> / </div>		<input type="checkbox"/> Male(男) <input type="checkbox"/> Female(女)		
HOBBIES(趣味) INTERESTS(興味)	<input type="checkbox"/> Sports <input type="checkbox"/> Music <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Travel / Sightseeing <input type="checkbox"/> Cooking <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Others (please specify) ( <div></div> )				
Physical Information (健康状態)	Weight (体重) : <div></div> KG、 Height (身長) : <div></div> CM、 Rugby Position: <div></div> How long have you played Rugby.? (今迄何年間ラグビーをプレーしましたか?) <div></div> Have you had any injuries recently? (最近怪我をされましたか?) <div></div>				
About the pets at host families’ home (ペットについて)	1. → <input type="checkbox"/> I like pets (ホームステイ先にも構わない) → <input type="checkbox"/> I accept pets outside (屋外で飼われていれば OK) 2. → <input type="checkbox"/> I have a pet allergy (ペットアレルギーがある) (dog/cat/bird/others/ <div></div> /アレルギーのあるペットの種類) → <input type="checkbox"/> I don’t like( <div></div> /ペットがいると困る。苦手ペットの種類 dog/cat/bird/others を英語で記入) (※必ず 1. 2 のどれかに印入れ、 2 に印の方は滞在先にペットがいて困る人のみ記入してください。)				
Do you have any special dietary requirements? (食物の嗜好)	<input type="checkbox"/> No (食物の好き嫌いは特にありません) <input type="checkbox"/> Yes , I can’t eat ; (食べられないものがあれば下のボックスにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> Beef (牛肉) <input type="checkbox"/> Pork / Ham / Bacon(豚肉) <input type="checkbox"/> Chicken(鶏肉) <input type="checkbox"/> Eggs(卵) <input type="checkbox"/> Lamb / Mutton(羊肉) <input type="checkbox"/> Fish(魚) <input type="checkbox"/> Dairy Product(乳製品)				
Medical Information (医療情報)	1. Allergies <input type="checkbox"/> Yes / アレルギーがある → What kind of allergy? (どんなアレルギーですか) <input type="checkbox"/> Skin rush (アトピー性皮膚炎) <input type="checkbox"/> Asthma (喘息) <input type="checkbox"/> Sinus problem (鼻炎) <input type="checkbox"/> Hay fever (花粉症) <input type="checkbox"/> Hives (じんましん) <input type="checkbox"/> Others( please specify / ( <div></div> ) <input type="checkbox"/> No / アレルギーはない。 2. Current Medication <input type="checkbox"/> Yes / 薬品名を記入 ( <div></div> ) (治療薬を服用していますか?) <input type="checkbox"/> No (サプリメントを除いて特に薬は服用していない。) 3. Do you have a disability? (何か障害をお持ちでしたらご記入下さい) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes(If Yes, please explain)				