

2025-26度青少年交換派遣学生願書(派遣2026-27年)

応募者	フリガナ	性別	生年月日	年	月	日	受験番号 (委員会記入欄)	
	氏名		本年9月1日現在	歳	ヶ月		写 真 正面・脱帽 胸から上を撮影 4.5cm×3.5cm タテ×ヨコ	
	住所 〒							
	電話	PCアドレス						
学校	学年							
上記の者をロータリーの青少年交換プログラムに応募させます。 年 月 日								
保護者氏名							印	
父親	フリガナ				フリガナ			
	氏名				母氏名			
	住所 〒				住所 〒			
	電話				電話			
職業	*詳しく			職業	*詳しく			
家族	続柄	氏 名	年齢	職業	続柄	氏 名	年齢	職業
本校は、上記応募者をロータリー青少年交換学生として推薦します。 年 月 日 学校名 _____ TEL _____ 〒 _____ 所在地 _____ FAX _____ 学校長 _____ 印 _____								
留学担当(部署・氏名)				メールアドレス				
当クラブは、上記応募者をロータリー青少年交換留学生として推薦します。 年 月 日 第2750地区 東京 _____ ロータリークラブ _____ 会 長 _____ 印 _____								

成績証明書および推薦書

中 等 学 校 名		高 等 学 校 名						学 年		氏 名				受験 番 号		(委員会記入欄)			
学 業 成 績	教科 学 年																	欠席 日数	学 年 席 次
	中学 2年																		
	中学 3年																		
	高校 1年																		
	高校 2年																		
評定方法		上記の成績は、[最低値: _____ ~ 最高値: _____ の _____ 段階評価です]																	
注	※1 学業成績欄の記入に代えて成績証明書を添付する場合は、ここをチェックしてください。 ☐ ※2 高校1年在学中の者については、中学3年における成績並びに中学校名を記入してください。																		
総 合 所 見	所見 上記応募者の学業成績を証明します。 年 月 日 教員 印																		

健康診断書

身長	cm	体重	kg	視力	左 () ・ 右 ()
身体 検査	異常の有無(ある場合は○印を付与)				
	運 動	言 語	視 覚	聴 覚	
	その他	()			
	異常の場合の内容				
既往 歴	(該当するものは年齢を記入)				
	肺結核	その他の結核疾患	てんかん		
	リュウマチ	小児まひ	気管支喘息		
	心疾患	神経症	腎疾患	精神病	
本応募者は、一年間の海外留学に耐え得る健康体であることを証明します。					
年 月 日 医 師 印					

応募者氏名		受験番号	(委員会記入欄)
-------	--	------	----------

次の8つの質問に順番に答えなさい。

【注意】 このページと次のページ4を使って応募者本人が手書きすること(写真添付も可)。回答の先頭に番号(①、②・・・)を付け、回答と回答の間は線分で区切ること(スペースが足りない場合はページ4をコピーして1枚まで追加可)。

- ① 好きな学科、嫌いな学科をあげて、その理由を書いてください。
- ② スポーツや音楽、クラブ活動やボランティア活動など学業以外での取り組みがあれば書いてください。
- ③ 周りからどういう性格(長所や短所)だと言われているか。
- ④ 好きな物と嫌いな物を具体的に書いてください。
- ⑤ これまでの海外での経験(渡航先、期間、目的等)を書いてください。
- ⑥ これまでに目標を立てて達成した事柄で一番だと思うものは何ですか。
- ⑦ このプログラムの一年間の研修と一年間の留学を通して何がしたいですか。また何を目標にしますか。
- ⑧ 将来の進路や職業に対する抱負があれば書いてください。

応募者氏名		受験番号	(委員会記入欄)
-------	--	------	----------

--