

# PERSONAL DATA(身上書)

この用紙は、現地受け入れ機関を通じて受け入れ家庭に送られます。  
 黒のボールペンを使用し、数字、日本語指定以外は全て英語でご記入ください。選択肢の□内には該当する項目に✓印を  
 ご記入ください。質問事項に関して該当しない場合は空欄にせず、必ず **IN/A** とご記入ください。

Name 名前	Family Name 姓		Given Name 名		日本語(姓名)	
Present Address 自宅住所					〒 Postal Code —	
Tel 電話番号	— —		Email	@		
Date of Birth 生年月日	Day 日	Month 月	Year 年	Age 日本出発日の年齢	Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male 男
						<input type="checkbox"/> Female 女
Name of school 日本の在学学校名					Grade 日本出発日の学年 下欄※1参照	
Family Members 家族構成	Relation 続柄	Given Name 名前		Age 年齢	Occupation 職業	
Personal Character 性格 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> Sociable 社交的 <input type="checkbox"/> Active 積極的 <input type="checkbox"/> Patient 忍耐強い <input type="checkbox"/> Considerate 思い遣り <input type="checkbox"/> Shy 恥かしがり <input type="checkbox"/> Quiet 物静か <input type="checkbox"/> Others その他 ( )					
English Speaking Ability 英会話力	<input type="checkbox"/> Advanced 上級(英検1級程度) <input type="checkbox"/> Intermediate 中級(英検2級程度) <input type="checkbox"/> Elementary 初級(英検3級程度) <input type="checkbox"/> Beginner 初心者			Interests 趣味 ※2つ以上ご記入ください。	1.	
					2.	
Health 健康に関して ※複数回答可	①Chronic Disease (持病の有無) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES → NAME (病名) 英語 _____ 日本語 _____ ・ If yes...(YES と答えた方のみご記入ください) The Condition (病状の程度に○印) Light(軽) 1 - 2 -3 Serious(重)					
	②Symptoms ,Triggers & Last attack (具体的な症状、要因、直近の発作年月日) ・Symptoms (症状) : 英語 _____ 日本語 _____ ・Triggers (要因) : 英語 _____ 日本語 _____ ・Attack (発作の有無) : <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES → Date (一番最近に起きた日/月/年) : _____					
Allergic アレルギーに 関して ※複数選択・回答可	③Allergic Disease (一般的なアレルギーの有無) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES → Details (詳細) _____					
	④PET (動物アレルギーの有無) ※アレルギーがある場合でも、動物がいる家庭になる場合もございます。 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES → <input type="checkbox"/> Dog (犬) <input type="checkbox"/> Cat (猫) <input type="checkbox"/> Birds (鳥) <input type="checkbox"/> Others (その他) _____ ・ If yes...(YES と答えた方のみご記入ください) The Condition (病状の程度に○印) Light (軽) 1 - 2 -3 Serious (重) ・ Is it OK if the pets are kept outside? (動物が屋外で飼われていればかまわない) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					
Medicine 薬に関して ※複数回答可	⑤FOOD (食品アレルギーの有無) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES → 英語で食品名 _____ ・ If yes...(YES と答えた方のみ下記 a.)~d.)をご記入ください) a.) The Condition (病状の程度に○印) Light (軽) 1 - 2 -3 Serious (重) b.) Symptoms (症状) 英語 _____ 日本語 _____ c.) Anaphylactic shock (アナフィラキシーショックの有無) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES d.) Do you need to bring the EpiPen®?(エピペンを持って行きますか?) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ※卵:raw egg(生卵のみ NG)、raw and heated egg (火が入った卵も NG) 等分かるように明記ください。 ※牛乳:milk (牛乳のみ NG)、milk including dairy products (乳製品も NG) 等分かるように明記ください。 ※加工品(processed product)・果汁(fruit juice)等でのアレルギー反応の有無も明記ください。					
	⑥Taking Medicine Prescribed by Doctor (持病の目的で常用している薬の有無) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES → Medicine (薬品名) 英語 _____ 日本語 _____ 英語 _____ 日本語 _____ ・ If no...(No の方は、薬を使用しない場合の対処法をご記入ください) Treatment(対処法) : 英語 _____ 日本語 _____ ※上記①~⑥のご回答によっては英文の診断書・処方箋等が必要な場合や、お断りをさせていただく場合がございます。					
Others その他	⑦Experiencing Motion Sickness (乗り物酔いの有無) <input type="checkbox"/> NO (しない) <input type="checkbox"/> SOMETIMES (時々) <input type="checkbox"/> YES (よくする)					

※1 Grade: 3rd, 4th, 5th, 6th (小学3~6年生)、7th, 8th, 9th (中学1~3年生)、10th, 11th, 12th (高校1~3年生)

※2 枠が足りない場合や特記事項がある際は、別紙にご記入ください。



# 緊急医療処理承諾書



## EMERGENCY INFORMATION AND AUTHORISATION FOR TREATMENT OF MINOR

参加者署名 ※英語でご記入ください。

(NAME OF PARTICIPANT)

保護者署名 ※日本語または英語でご記入ください。

(SIGNATURE OF PERSON IN PARENTAL AUTHORITY)

※参加者が 18 歳以上の場合は保護者署名は不要です。但し、参加者が 18 歳でも高校生の場合は必要です。

私は、子供が渡航中に緊急医療処理が必要となった場合、グループリーダー、受け入れ家庭または現地受け入れ機関が保護者となり、その個人的責任を負わされることなく医療処理が決定されることを承認します。

PARENTS PERMISSION: I hereby accept that the assigned group leader, host family member, or local coordinator may act as responsible guardian for my son/daughter and may decide emergency medical treatment without personal liability.

住所 ※英語でご記入ください。

(ADDRESS)

緊急連絡先 (電話番号)

(EMERGENCY PHONE NUMBER)

## RELEASE AND AGREEMENT

You hereby warrant that the information you have given in the application form completed by you is accurate and you agree to the indemnity of, ACOSTA and the local Agents, our staff and agents and organizations affiliated with us, against any loss or damage suffered by us or them as a result of your participation in the local Agents program. You agree to observe proper standards of Conduct and obey all OVERSEAS laws at all times during your stay abroad.

Furthermore, you agree that we shall act on your behalf in arranging transportation and other services, and will be in no way personally liable to you with respect to any loss, damage, personal injury, delay or expense resulting from, and act or omission by any carrier or other body, corporate or non-corporate, with relation to transportation to and from, and within the country or your stay in a local home or a local campus or any other facility or service organized on your behalf.

You acknowledge that neither we, nor our agents, nor the local campus, nor the local host family are in any way responsible for your health or safety, and that if any expenses are incurred by us or them in taking any action necessary in the interest of your health or safety, you undertake to reimburse each of us in respect to such expense.

You hereby agree that the local Agent may, without liability or expense to themselves, take whatever action is deemed appropriate with regards to your health and safety, and may place you in a hospital for medical services and treatment, or if no hospital is readily available, place you in the hand of a local medical practitioner for treatment.

If deemed desirable by the local Agent, you authorize them to transport you back to your country of origin at your own expense. It is agreed that local law shall apply to this agreement, and that you agree to submit to the jurisdiction of the OVERSEAS law.

Signature of Participant:  
(参加者の署名)

※  
日本語または英語で  
ご署名ください。

Date:  
(ご署名日)

Day(日) Month(月) Year(年)

Signature of Parent:  
(保護者の署名)

※  
日本語または英語で  
ご署名ください。

Date:  
(ご署名日)

Day(日) Month(月) Year(年)

※参加者が 18 歳以上の場合は保護者署名は不要です。但し、参加者が 18 歳でも高校生の場合は必要です。

上記英文は現地受け入れ機関から参加者への注意事項で概要は次の通りです。ご理解の上ご署名ください。

- (1)参加者は外国滞在中、責任ある行動をとり、すべての外国及び州の法律に従っていただきます。
- (2)現地受け入れ機関は火災地変や参加者自身の責任による事故、死亡、傷害、あるいは手荷物の紛失、損害に対しては賠償を負うことはできません。
- (3)現地受け入れ機関は参加者の外国滞在中、参加者の費用により医療を受ける必要があると思われる場合も含め、すべての参加者の健康維持、安全のために適切な行動をとる権利を有し、また医療を受ける為に参加者を自分の旅費負担において帰国させる権利を有するものとします。