

# PERSONAL DATA(身上書)

記入例

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「N/A」とご記入ください。

Name 名前	Family Name 姓		Given Name 名		日本語(姓名)	
	ACO		SUTARO		阿古 須太郎	
Present Address 自宅住所	Kioicho Park Bldg.9F,3-6,Kioicho Chiyoda-ku,Tokyo				Postal Code 102 - 0094	
Tel 電話番号	03 - 5214 - 0567		Email	acosta-ut@gp.knt.co.jp		
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 checked="" type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
	21	05	2006			
Name of school 日本の在学学校名	ACOSTA High School				Grade 日本出発日の学年 下欄※1参照	11 <sup>th</sup>
Family Members 家族構成	Relation 続柄	Given Name 名前		Age 年齢	Occupation 職業	
	Father	Taro		50	Office Worker	
	Mother	Hanako		50	House Wife	
	Sister	Aiko		19	University student	
	Pet	Pochi		5	Dog	
Personal Character 性格 ※複数選択可	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Others その他 ( Sense of Responsibility )					
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 checked="" 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. Playing and Watching Soccer 2. Reading Books 3.		
Health 健康に関して ※複数回答可	①Chronic Disease (持病の有無) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> YES → NAME (病名) 英語 Asthma 日本語 喘息 ・ 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 Difficulty in Breathing 日本語 呼吸困難 ・Triggers (要因) : 英語 Cath a Cold 日本語 風邪 ・Attack (発作の有無) : <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> YES → Date (一番最近に起きた日/月/年) : 12/01/2018					
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 checked="" type="checkbox"/> YES → Details (詳細) Hay Fever (軽度の花粉症) , nasal inflammation (鼻炎) 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 checked="" type="checkbox"/> YES → <input type="checkbox"/> Dog (犬) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ⑤FOOD (食品アレルギーの有無) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> YES → 英語で食品名 Raw and heated egg ・ 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 itchy mouth and hives 日本語 口内のかゆみ、じんましん c.)Anaphylactic shock (アナフィラキシーショックの有無) <input checked="" 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 checked="" 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有無も明記ください。					
Medicine 薬に関して ※複数回答可	⑥Taking Medicine Prescribed by Doctor (上記アレルギーや持病の目的で常用している薬の有無) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> YES → Medicine (薬品名) 英語 ADOAIR for asthma 日本語 アドエア 英語 Allegra for food allergy 日本語 アレグラ ・ 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 nasal gargle for nasal inflammation 日本語 鼻うがい ※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 checked="" 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。

NAME  
(ブロック体)

ACO SUTARO

- ・スナップ写真を貼ってください。
- ・裏面にローマ字で名前を書いてください。
- ・集合写真を貼る場合は本人がどれであることを矢印等以示してください。

Self introduction 自己紹介の手紙 (ご参加者本人が英語でご記入ください。)

Hello, My name is Sutato. I'm a High School student in Tokyo.

I belong to Soccer club. I practice Soccer every day. I want to be a professional Soccer Player.

I hope I can play Soccer with you.

My sister visited Australia 2 years ago. She had a great experience.

Ever since she told me about it, I wanted to visit your country.

This is my first time to go abroad. I am looking forward to seeing you soon.

# 緊急医療処理承諾書



## EMERGENCY INFORMATION AND AUTHORISATION FOR TREATMENT OF MINOR

ACO SUTARO

参加者署名 ※英語でご記入ください。

ACO TARO

保護者署名 ※日本語または英語でご記入ください。

(NAME OF PARTICIPANT)

(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。

Kioicho Park Bldg.9F, 3-6, Kioicho  
Chiyoda-ku, Tokyo 102-0094 JAPAN

住所 ※英語でご記入ください。

(ADDRESS)

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.

03-5214-0567

緊急連絡先 (電話番号)

(EMERGENCY PHONE NUMBER)

## RELEASE AND AGREEMENT

参加者は、自身で記入した申込書の内容が正確であり、ACOSTA 海外留学情報センター、現地受け入れ機関、それらの社員及びそれらと提携を結ぶ全ての関係機関に対し、プログラム中に発生した損失や被害について責任を問わないことに同意します。また、海外滞在中は良識ある行動をとり、滞在国の法律に従うことに同意します。

さらに参加者は、ACOSTA が移動手段及びその他のサービスを手配することに同意し、その責任を問いません（滞在国、現地ホストファミリー宅、現地学校、その他 ACOSTA が代理として手配した施設やサービスにおいて発生した紛失、損害、身体的被害や、移動手段手配に関わる法人または非法人、航空会社の遅延やそれに伴う費用など）。

参加者は自身の健康や安全に対して責任を負います。現地受け入れ機関にて参加者の健康や安全に必要な場合には、参加者の同意なしに必要な入院、投薬、医療処置を行います。総合病院への搬送が困難な場合には、地元の開業医へご案内します。現地受け入れ機関にて必要と判断した場合には、参加者の負担において帰国させる権利を有するものとします。

この同意書は滞在国の法律に抵触しておらず、参加者は滞在国の法律の権限に服することに同意します。

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。

ACO SUTARO

15 April 2023

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。

ACO TARO

15 April 2023

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震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。