

第45回(令和7年度)姉妹都市県外研修事業

豊見城市の姉妹都市・宮崎県美郷町へ行く！交流団員【参加申込書】

フリガナ	
子ども名	
性別	男 ・ 女
住所	
学校・学年	小学校 年 組
地域での活動	
エイサー	①出来る ②少し出来る ③出来ない
持病	①ある ②ない ※①あるの場合は病名と医者診断書を添付して下さい。(旅行許可) 病名:
アレルギー	①ある ②ない ※①ある場合は食べられないもの、食べた場合の症状等をご記入ください。 食べられないもの: 症状等:

(保護者の同意)

以上のとおり、第45回姉妹都市県外研修事業に参加させることに同意いたします。
また、姉妹都市県外研修で撮影した写真や情報等は、豊見城市子ども会活動及びPR、啓蒙活動へ使用することに同意いたします。

保護者 住所

氏名

緊急連絡先①電話番号	児童との関係()
緊急連絡先②電話番号	児童との関係()