

滋賀大学オーストラリア研究 海外研修参加者個票

記入日 Date (日 Day / 月 Month / 年 Year)
(/ / 20)

ふりがな			
氏名			
Family Name		Given Name	
参加プログラム Program	Closed プログラム*・Integrated プログラム	※Closed選択者のみいずれかに○ Closedプログラム催行不可となった場合、 Integratedに移動する <input type="checkbox"/> ・ 研修参加を取りやめる <input type="checkbox"/>	
事前オリエンテーション(出席必須。出席できない場合のみ <input type="checkbox"/> にチェック <input checked="" type="checkbox"/>) 第1回12月20日彦根/22日石山 <input type="checkbox"/> 第2回1月17日彦根/19日石山 <input type="checkbox"/> 第3回1月28日大津サテライト <input type="checkbox"/>			
学部 Department	経済 Economics ・ 教育 Education	学籍番号 Student ID	
性別 Gender	男性 Male ・ 女性 Female	生年月日 Date of Birth	日 Day / 月 Month / 年 Year / / 19
パスポート番号 Passport No.		血液型 Blood Type	
緊急連絡先 Emergency Contact Persons			
①【記入必須】		②	
氏名		氏名	
Name		Name	
続柄		続柄	
Relationship		Relationship	
電話番号 TEL No.		電話番号 TEL No.	

私の健康状態に関して、次の通り、報告します。 I hereby report my health condition as follows.

1. 私は下記の薬にアレルギーが Known drug allergies (ありません No / あります Yes)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ピリン系薬剤
antipyrine drugs | <input type="checkbox"/> その他の痛み止め・解熱剤
other pain-relief pills / antifebrile | <input type="checkbox"/> 胃薬
stomach medicine |
| <input type="checkbox"/> ペニシリン
penicillin | <input type="checkbox"/> その他の抗生物質
other antibiotic | <input type="checkbox"/> 風邪薬
cold medicine |

2. 私は下記の食べ物にアレルギーが Known food allergies (ありません No / あります Yes)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> エビ shrimp | <input type="checkbox"/> カニ crab | <input type="checkbox"/> サバ chub mackerel |
| <input type="checkbox"/> その他の魚介類 other fish & seafood | <input type="checkbox"/> 卵 egg | <input type="checkbox"/> 牛乳 milk |
| <input type="checkbox"/> ナッツ類 nuts | <input type="checkbox"/> 牛肉 beef | <input type="checkbox"/> 豚肉 pork |
| <input type="checkbox"/> 鶏肉 chicken | <input type="checkbox"/> その他の肉類 other meat | <input type="checkbox"/> その他の食べ物()
other food() |

3. 私はタバコを I am a smoker (吸いません No / 吸います Yes)

1日 ()本 per day × ()年間 years

4. 私の普段の血圧は My blood pressure is about ()/()mmHg 位です。

5. 私はぜんそくが I have a history of athmatic symptoms.

(ありません No / あります Yes / 過去にありました before)

6. 私の既往症(過去にかかったことのある病気)は()です。 ()歳の時
My pre-existing condition is () when I was at age

私の既往症(過去にかかったことのある病気)は()です。 ()歳の時
My pre-existing condition is () when I was at age

注：この個人情報は、滋賀大学国際センター及び学術国際課が保管・使用します。本研修以外の他の目的に使用することはありません。 うち面も記入欄有り

滋賀大学オーストラリア研究 海外研修参加者個票

記入日 Date (日 Day / 月 Month / 年 Year)

(/ / 20)

ふりがな			
氏 名			
アルファベット Family Name		アルファベット Given Name	
参加プログラム	Closed プログラム		Integrated プログラム
住所	(〒 -)		
電話番号			
E-mail アドレス			