

# 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チェック☑を入れる 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×印☒を入れる) 第1回12月14日石山/19日彦根 <input type="checkbox"/> 第2回1月11日石山/16日彦根 <input type="checkbox"/> 第3回1月18日石山/23日彦根 <input type="checkbox"/>			
学部 Department	経済 ・ 教育 ・ データサイエンス	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<br>antipyrine drugs | <input type="checkbox"/> その他の痛み止め・解熱剤<br>other pain-relief pills / antifebrile | <input type="checkbox"/> 胃薬<br>stomach medicine |
| <input type="checkbox"/> ペニシリン<br>penicillin        | <input type="checkbox"/> その他の抗生物質<br>other antibiotic                          | <input type="checkbox"/> 風邪薬<br>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(                    )<br>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、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。 後ろ面も記入欄有り

# 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			