

下記の「個人情報に関する取り扱いについて」をご確認
 いただきご本人及び保護者ならびに親権の代表者の同意
 の上、お申込下さい。
 同意いただけない場合は、受け付けることが出来ません。
 あらかじめご了承下さい。

下記個人情報に関する取り扱いに

同意する 同意しない

※を記入下さい。

HP

ジュニアリーダー育成グループ研修



2023年度（第43期）

ダスキン障害者リーダー育成海外研修派遣事業

「ジュニアリーダー育成グループ研修」参加申込書

（視覚障がい者ユースグループプログラム）

応募者記入欄

①(フリガナ) 氏名	男		② 生年月日	西暦	年	月	日生
	女			2023年4月1日現在（ 歳）			
メールアドレス							
③(フリガナ) 住所	〒 □□□□-□□□□ 都道府県						
	写真貼付欄						
電話番号 ()							
FAX番号 ()							
④ 学校名 (学年)	(フリガナ) 名称	-----					
	(フリガナ) 施設名 (種類)	-----					
又は 勤務先 (所属部署・ 簡単な仕事内容)	住	〒 □□□□-□□□□ 都道府県					
	所	-----					
電話番号 ()							

- ・ 1人で正面から写っているもの
- ・ 3ヶ月以内に撮影したもの
- ・ サイズ8cm×11.5cmぐらいのもの
(手札サイズ)
- ・ のりで貼付してください
- ・ 電子データで申込まれる場合は、
jpgデータでお送りください

個人情報に関する取り扱いについて

- ① 利用目的
応募書類や提出書類の個人情報は、ダスキン障害者リーダー育成海外研修派遣事業の審査選考や研修派遣の目的で利用いたします。
- ② 第三者提供について
応募書類や提出書類の個人情報は、当財団でのみ利用し、ご本人および保護者ならびに親権の代表者の許可なく、第三者に提供することはありません。(法令等による場合を除く)
- ③ 個人情報に関するお問い合わせ先
名称 公益財団法人 ダスキン愛の輪基金
所在地 〒564-0063 大阪府吹田市江坂町3-26-13 ダスキン江坂町ビル
電話 06-6821-5270 (平日9:30~11:30/13:00~17:00)
ファクシミリ 06-6821-5271

事務局 使用欄	受付		受付 No.	
	印		地域	

⑧海外研修でやってみたいことを、募集要項「5.研修テーマ・内容」を参考にして書いてください。
(墨字300字、点字1行32マスの場合16行程度にまとめてご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⑨海外研修中、現地の人に伝えたい日本の障がい者の状況について書いてください。
(墨字300字、点字1行32マスの場合16行程度にまとめてご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⑩将来の夢やリーダーとして取り組みたいと思うことを書いてください。
(墨字300字、点字1行32マスの場合16行程度にまとめてご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※記入の際は、必ず各欄内に収まるように記入してください。収まらない場合は、受付けることができません。

⑪障がいの現状（重複する障がいがありでしたらすべてご記入ください）			
障がい名		障がい者 手帳	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある（種 級）
⑫日常生活の状況に関する次の各項目について書いてください。			
A.使用文字：学習・日常生活での読み書きにおける文字の使用状況		B.移動：通学・外出・帰省等における移動の状況や介助の必要性	
C.介助：移動以外で、食事・着替え・荷物の整理等での介助の必要性		D.パソコン・携帯電話：学習・日常生活におけるパソコン・携帯電話(通話以外)の使用状況や使用目的	
⑬既往症について（とくにない場合は「なし」とご記入ください）			
かかりつけの医師		(既往症)	
名 称		(いつも使っている薬があれば書いてください)	
(フリガナ) 住 所	〒 □□□-□□□□		
電話番号	()		
⑭今までに行っているクラブ活動・サークル活動など(所属団体名と活動内容)			
⑮教育歴(校名)		⑯趣味・資格	
就 学 前 小 学 校 中 学 校 高校(見込み含む)			
⑰保護者の方は応募に同意していますか？		<input checked="" type="checkbox"/> 同意している <input checked="" type="checkbox"/> 同意していない	
⑰海外渡航経験について（内容、行先、期間 等）		⑱英語力や英語に関する学習状況・関心の度合い(検定名・点数・級など)	
⑳この事業について、何で知りましたか			
保護者(親権の代表者) 記入欄 保護者の連絡先(緊急の場合、直接連絡がとれる事) 〒 □□□-□□□□ (フリガナ) 住 所： (フリガナ) 氏 名： 続柄 ()		応募者に関する配慮の希望を書いてください。	
電話番号 ()		保護者(親権の代表者)として研修に期待することを書いてください。	
FAX番号 ()			
メールアドレス			