

プログラム参加申込書

[アメリカ日本語イマージョン教育実施校インターンシッププログラム]

●プログラム参加ご希望の派遣先に をつけて下さい。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> オレゴン州ポートランド (1学年間) | <input type="checkbox"/> アラスカ州アンカレッジ (1学年間) |
| <input type="checkbox"/> ワシントン州シアトル (1学年間) | <input type="checkbox"/> オレゴン州ビーバートン (1学年間) |
| <input type="checkbox"/> カリフォルニア州ロサンゼルス (1学年間 / 4月出発) | <input type="checkbox"/> カリフォルニア州ロサンゼルス (1学年間 / 8月出発) |
| <input type="checkbox"/> カリフォルニア州ロサンゼルス (3ヶ月) | <input type="checkbox"/> カリフォルニア州ロサンゼルス (2週間) |

●お申込提出書類 (1次審査書類) : 本申込書類提出の際に次のものを添付して下さい。

- ① 証明写真1枚 (3cm×4cm) を本申込書に貼付
- ② 選考料 : 12,600円を右記口座へ振り込んだATMの振込記録
- ③ 日本語エッセイ「自己PRとプログラムへの参加理由について」A4サイズ1枚～2枚程度 (指定フォーマットなし)

振込先	●三井住友銀行/麹町支店 ●普通預金口座: 8969553
	●口座名: 一般財団法人 国際教育文化交流協会

※プログラム申込後からご出発までメール (PC) を通じたやりとりがございますので、メール (PC) は必ずご記入下さい。

フリガナ					写真貼付欄 ・上半身脱帽 ・3ヶ月以内に撮影したもの ・3cm × 4cm
氏名					
生年月日	1 9	年	月	日 (満 歳)	
国籍		性別		血液型	
電話番号	— —	E-mail (携帯)			
携帯電話	— —	E-mail (PC)			
フリガナ					
現住所	〒				
勤務先名 または 在学学校名	TEL — —				
日本国内 緊急 連絡先	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所	〒			
	TEL	— —	FAX	— —	

◆学歴・職歴

年	月	学歴・職歴
		高等学校卒業
		(卒業 / 卒業見込)

(I S E C E 記入欄) 申込受付日 : 年 月 日

下記の該当する箇所に をつけ、質問にお答えください。

◆取得教員免許／資格

<input type="checkbox"/> 教員免許(見込み者含む)取得免許名	免許名：
<input type="checkbox"/> 日本語教師養成講座420時間コース	終了校名：
<input type="checkbox"/> 日本語教師検定試験合格者	試験名：
<input type="checkbox"/> TESOLなど英語教授法に関連した資格	具体名：
<input type="checkbox"/> 日本語教授法通信講座	具体名：
<input type="checkbox"/> その他の資格	具体名：

◆教授経験（日本語教授に関連した教授経験に限らず今までの教授経験を全て記入）

<input type="checkbox"/> フルタイムスタッフ教師経験	詳細：
<input type="checkbox"/> パートタイムスタッフ教師経験(家庭教師など)	詳細：
<input type="checkbox"/> ボランティア教師経験	詳細：
<input type="checkbox"/> その他教師経験（子供の引率など）	詳細：

※教授経験が多い方は別紙にまとめて添付してください。
(特定フォーマットなし)

① 英語資格	<input type="checkbox"/> 英検 _____ 級 _____ 年 _____ 月取得 <input type="checkbox"/> TOEIC _____ 点 _____ 年 _____ 月取得 <input type="checkbox"/> TOEFL _____ 点 _____ 年 _____ 月取得 <input type="checkbox"/> その他 _____
② 派遣先で紹介できる特技	
③ 趣味	
④ 海外旅行・留学の経験（最近のものから順に記入してください）	
行き先	時期 期間 目的
⑤ 現在の健康状態	良い・普通・悪い
⑥ 現在治療中の病気	ない・ある（具体的にお書きください： _____）
⑦ 3日以上入院経験	ない・ある（具体的にお書きください： _____）
⑧ アレルギー（食べ物）	ない・ある（具体的にお書きください： _____）
⑨ アレルギー（ペット）	ない・ある（具体的にお書きください： _____）
⑩ その他の健康状態で特記すべき事項があれば記入してください。 例：うつ病による心療内科への通院歴あり等	

⑪ このプログラムを何で知りましたか	
⑫ プログラム参加経緯(プログラム参加を決定するにあたり説明会／個別相談会(個別カウンセリング)をご利用されたかご回答ください。) ※ 説明会などに参加せず直接お申込みされても構いません。	
<input type="checkbox"/> 説明会参加： 東京 / 大阪 _____ 月 _____ 日参加	<input type="checkbox"/> 個別相談参加 _____ 月 _____ 日参加
<input type="checkbox"/> 電話でお問い合わせ	<input type="checkbox"/> メールでお問い合わせ <input type="checkbox"/> お問い合わせせず、直接お申し込み