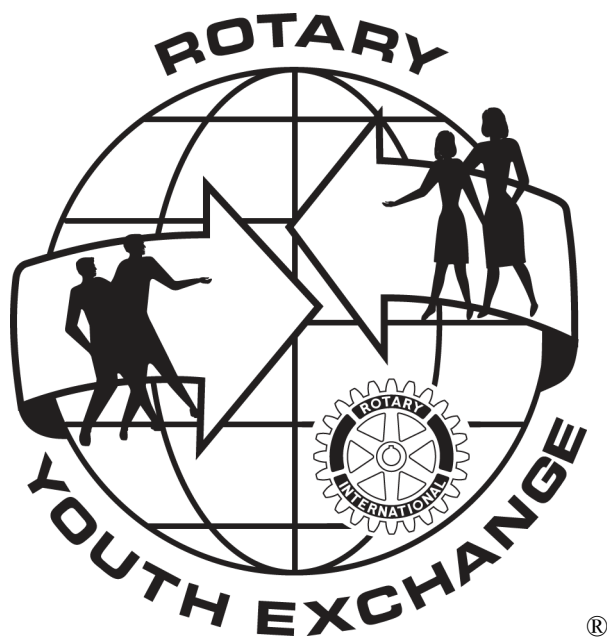

ロータリー青少年交換
長期プログラムのための申請書



申請書は所要事項を記入の上、下記へご提出ください。

ロータリー青少年交換プログラム申請書の記入方法

本申請書に記入する前に、各ページの説明をよくお読みください。裏表紙の内側にあるチェックリストを使用してすべての項目に記入した後、必要な箇所すべてに署名されていることを確認してください。

交換学生として選ばれた場合には、この申請書が受入国(留学先の国)に送られ、受入国の人々にあなたを紹介する書類となります。

申請に必要な書類

申請には以下の書類が必要となります。

- 本申請書に含まれるすべての書式
- パスポートのコピー
- 学校の成績証明書

申請書の記入

申請書は、読みやすく、はっきりと記入してください。タイプあるいはパソコンで入力した申請書が望ましいとされています。各質問には、尋ねられた通りに省略せずに回答し(「同じ」、「同上」、「XX ページ参照」のように記入しないでください)、すべての質問に答えてください。特別な指示がある場合を除き、所要事項はすべて申請書に直接記入してください。誤字脱字のないよう確認してください。

申請書に**正式な氏名**を記入する欄は常に、**パスポートまたは戸籍に記載されている通りに氏名**を記入してください。

書類のコピーと書式への署名

本申請書は4部(原本1部とコピーを3部)提出する必要があります(自分用の控えとして、もう1部余分にコピーを取っておくとよいでしょう)。申請書のコピーは、はっきりとした画質の良いものを用意してください。署名は、原本およびコピーとも、すべて青色インクのペンでされなければなりません。この規定通りの申請書を作成するには、

1. 申請書に漏れなく記入し、署名の部分为空欄にしておきます。
2. 記入した申請書の明瞭なコピーを3部取ります。
3. 4部すべてに自分の署名を入れ、両親または保護者にもすべての申請書に署名してもらいます。
4. 医師および歯科医の診断書: 医師および歯科医に、署名する**前**の診断書のコピーを3部とってもらい、その後原本を含む4部すべてに青色のペンで署名してもらいます(書式を渡す際に、青色のペンを添えて渡すと良いでしょう)。

添付する写真は、すべて**原本あるいは良質のカラーコピー**でなければなりません。

お問合せ

本申請書の記入に関して不明な点がある場合は、学校の顧問または最寄りのロータリー・クラブの青少年交換役員へお問合せください。記入済みの申請書は、最寄りのロータリー・クラブ/地区の指示に従って提出してください。

第 _____ 地区: 必要に応じて追加の説明を添付してください。該当しない場合は、右の四角に印をつけてください:

青少年と接する際の行動規範に関する声明

国際ロータリーは、ロータリーの活動に参加するすべての人々のために最も安全な環境を作り、維持するよう最善を尽くしている。ロータリアン、その配偶者、その他のボランティアの人々は、ロータリーを通じて関わる児童および青少年の安全を考え、肉体的、性的、あるいは精神的な虐待を防止して、彼らの身の安全を守るために最善を尽くす責任がある。

2002年11月、国際ロータリー理事会により承認



第 ____ 地区
長期交換プログラム

申請者本人に関する情報

申請書に記入する前に、前のページの説明をよくお読みください。

写真貼付

はっきりとしたカラー写真で、最近撮影された申請者本人の写真(頭から肩まで)を貼付してください。
申請書4部すべてに写真の原本あるいはカラーコピーが貼付されていなければなりません。
サイズ:5×6.5cm

1. 申請書本人について

氏名(パスポートまたは戸籍に記載されている通り)		フリガナ	性別
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
自宅住所 — 番地			
市町村	都道府県	郵便番号	国名
郵便物送付先住所(上記と異なる場合) — 番地			
市町村	都道府県	郵便番号	国名
自宅電話番号	携帯電話	Eメール	
生年月日(日/月/年)	出生地(市町村、都道府県、国名)	国籍(国名)	

2. 両親/法的保護者について

父親/保護者の氏名				母親/保護者の氏名			
住所 — 番地				住所 — 番地			
市町村	都道府県	郵便番号	国名	市町村	都道府県	郵便番号	国名
Eメール				Eメール			
自宅電話番号	携帯電話	自宅電話番号	携帯電話				
職業				職業			
勤務先電話	ファックス	勤務先電話	ファックス				
ロータリアンですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、所属ロータリー・クラブ: _____				ロータリアンですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、所属ロータリー・クラブ: _____			
<input type="checkbox"/> 両親が離婚または別居している場合は、左の四角に印をつけてください。学生の参加について、法的な決定権を持つすべての親、法的保護者からの承認が必要となります。 緊急時に、最初に連絡すべき両親/保護者の氏名: _____							

3. 兄弟について(必要な場合はページを追加してください)

氏名	性別	年齢	職業	同居していますか
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

申請者名	
------	--

4. 申請者に関するその他の情報

a. 食事制限はありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、具体的に記入してください(菜食主義、食べ物のアレルギーなど):
b. たばこを吸いますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
c. アルコール類を飲みますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	4b、4c、4dについて「はい」と答えた場合、詳しく説明してください:
d. 不法薬物に関与したことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

上記の質問に「はい」と答えた場合、候補者としての資格を自動的に失うことにはなりません、ホストファミリーの指定に特別な配慮が必要となる場合があります。

5. 高校について

在学する高校名		高校の前の学期に修了した科目とその成績の証明書を添付してください。証明書は英語に翻訳したものでなければなりません。	
住所 — 番地			
市町村	都道府県	郵便番号	国名
電話番号	ファックス	Eメール	
学年	卒業予定年	入学年	

6. 言語

母国語				
外国語	学習期間(年数)	語学力(不可、可、良、堪能で示してください)		
		話す能力	読む能力	書く能力

7. 派遣地区(母国の地区)およびクラブの連絡先

派遣地区青少年交換委員長の氏名				派遣クラブ青少年交換役員の氏名			
住所 — 番地				住所 — 番地			
市町村	都道府県	郵便番号	国名	市町村	都道府県	郵便番号	国名
自宅電話番号	携帯電話	自宅電話番号	携帯電話	自宅電話番号	携帯電話	自宅電話番号	携帯電話
勤務先電話	ファックス	勤務先電話	ファックス	勤務先電話	ファックス	勤務先電話	ファックス
Eメール				Eメール			



第 _____ 地区

申請者名

長期交換プログラム 書簡と写真

学生の書簡

将来の受入れクラブおよびホストファミリーに宛てて、自分を紹介する手紙を書いてください。受入側の人々にとって、この手紙があなたの第一印象となります。以下の質問に答えながら、できる限り詳しい情報を提供してください(内容をより詳しいものにするために、括弧の中の質問も使いましょう)。

手紙の様式:別紙にタイプまたはパソコンで印刷し、各ページに氏名を明記してください。完成した手紙はこのページに添付してください。長くても3ページまでとします。

1. 余暇は何をして過ごしますか。
2. 学校では何をしていますか(何科目受講していますか。何の科目を勉強していますか。授業は何分間ですか。学校の時間割はどのようなものですか。朝起きてから夜まで、典型的な1日の日課を書いてください)。学校では科目を選択することができますか。選択できる場合は、どの科目を選びましたか。またそれはなぜですか。
3. 学校での関心事項や活動は何ですか。どのような指導的な役割を務めたことがありますか。
4. あなたの家庭についてどのように説明することができますか。(自分の部屋がありますか。または他の人と部屋を共有していますか。どの部屋で勉強していますか。学校から家はどれくらい離れていますか。学校へは、車、バス、または徒歩で行きますか。)
5. 両親の職業は何ですか。(どのような商品をつくり、またはサービスを提供していますか。役職は何ですか)。
6. あなたの地元はどのようなところですか。(大都市、またはその近くですか。人口、産業、経済はどうですか)。
7. 興味のあること、または趣味は何ですか。(美術、文学、音楽、スポーツまたはその他の活動に関心がありますか。関心を持つようになったきっかけは何ですか。どれくらいの間、関心を持っていますか。その活動にはどれくらいの時間を費やしますか。)
8. どのような海外旅行をしたことがありますか。なぜその旅行をしたのですか。また誰とどれくらいの期間旅行しましたか。
9. 苦手なことは何ですか。(苦手な食べ物、動物、他の人からの待遇などはありますか。)
10. 自分の長所および短所と思うところは何ですか。
11. 将来の教育およびキャリアにおける計画や希望は何ですか。それはなぜですか。
12. 交換期間中および帰国後、交換学生として達成したいと思うことは具体的に何ですか。

両親からの書簡

以下の質問に答えながら、お子さんの受入れクラブおよびホストファミリーに宛てて書簡を作成してください。

書簡の様式:別紙にタイプまたはパソコンで印刷し、各ページに子供の氏名を明記してください。完成した書簡は本ページに添付してください。最長2ページまでとします。

1. お子さんと両親および家族との関係はどのようなものですか。またお子さんの友人関係はどうですか。
2. お子さんは、意見の相違、規律、不満に対してどのように反応しますか。
3. 努力を必要とする、または困難な状況にお子さんはどのように対応しますか。
4. お子さんにどの程度の主体性をもたせていますか。お子さんは成熟度はどの程度ですか。
5. お子さんについて誇りに思うことは何ですか。
6. お子さんに交換に参加してほしいと思う理由は何か。
7. ホストファミリーに伝えておきたいその他のコメントはありますか。

申請者名	
------	--

学生の写真

下のそれぞれの項目についてカラー写真を選び、糊または両面テープを使って本ページに貼付してください(ホチキスは使用しないでください)。必要であれば、短い説明の文を加えてください。

私の家族	私が興味を持っていること
家族との写真	お気に入りの趣味や活動をしている あなたの写真
私にとって大切なもの	私の家
友人、ペット、楽器などの写真	住んでいる家の写真



第 _____ 地区

申請者名

長期交換プログラム 病歴と健康診断

医師の方へ: 本学生は、海外での1年間の交換留学を検討しています。薬物、この学生の服薬、精神鑑定、心理的検査、またはその他の健康上の問題に関して不十分、不適切あるいは不正な情報がある場合、海外での学生の生活に支障をきたす可能性があります。特にアレルギーに関する情報は、ホストファミリーの選定や学生の健康において極めて重要です。申請者の近親が診断を行ったり、本書式を記入することは**できません**。

明確に記入するか、タイプしてください。本書式は4部提出するものとし、各書式に**青色インク**のペンで署名をしてください。

申請者の氏名		性別	生年月日(日/月/年)
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所 — 番地			
市町村	都道府県	郵便番号	国名
自宅電話番号	携帯電話	Eメール	

病歴

1. 申請者があなたの患者となってからどれくらいの期間が経ちますか。			
2. 以下について、申請者が診断を受けた、あるいは医師や他の専門医から治療、注意、助言を受けたことがありますか。			
	はい	いいえ	
a. アレルギー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. 肝疾患/肝炎
b. 拒食症/過食症/その他の摂食障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. 月経障害
c. 盲腸炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. 精神障害
d. 関節炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. 肺炎
e. ぜんそく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. リウマチ熱
f. 腸の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. 強度の頭痛/偏頭痛
g. 癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. 胃潰瘍
h. 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u. 腸チフス
i. てんかん/発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. 尿路感染症
j. 難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w. 目まい
k. 心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. 視覚障害
l. ヘルニア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y. めがね/コンタクトレンズ
m. マラリア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 申請者について以下の質問に回答してください。			
a. 質問2で回答された以外に、外科手術を受けた、あるいは診察、検査、治療のために病院、診療所または療養所を訪れたことがありますか。	はい	いいえ	
b. 過去6カ月間に、処方薬を服用していましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. 神経、情緒、精神の異常、機能的な神経衰弱、神経疲労、うつ病、自殺未遂、摂食障害、あるいは反社会的行動などの病歴あるいは症状を示したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. ヘロイン、コカイン、マリファナ、その他の幻覚を引き起こす薬剤や不法薬物を使用したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. 医師/その他の専門医あるいはアルコールや薬物の問題を抱える人々を援助する団体から、アルコールや薬物使用の問題について治療または助言を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. 最近、過度の体重の減少や増加がありましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. 胸痛、喘鳴、息切れ、あるいは失神したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. 慢性の下痢、嘔吐、腹痛、便秘を患ったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. 慢性的な皮膚疾患(重度のにきび、湿疹、乾癬など)を経験したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. 神経系統あるいは筋肉・骨格組織の機能が低下したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. 食事制限を行っていたことはありますか。「はい」と答えた場合、具体的に説明してください。またその理由は何ですか(医療上、宗教上、個人的な理由)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
質問2または3で「はい」と回答した部分について、説明してください。			
質問番号(2eなど)	疾患の性質と程度、診断、発作の頻度および治療		日付、期間

申請者名	
------	--

4. 申請者は、交換にあたり、処方された薬剤を持参しますか。 はい いいえ
「はい」と答えた場合、国際的に通用する一般名(ジェネリックネーム)、複合記号、服用量、頻度、服用の理由を含めそれぞれの薬を明記してください。

処方薬剤	服用量/頻度	服用理由

5. 申請者が以下の感染症を患った年(またはその病気にかかったことがない旨)を記入してください。

はしか(麻疹)		おたふく風邪		肝炎		百日咳	
風疹		水疱瘡		猩紅熱		その他:	

6. 申請者が予防接種を受けている病気について記入してください(最後に受けた予防接種の日付と投与量を明記してください)。
多くの地域では、予防接種を受けていることが通学の必須条件です。受入国や学校によっては、その他の予防接種が必要な場合もあります。

予防接種	投与量	日付 (日/月/年)	予防接種	投与量	日付 (日/月/年)
ジフテリア			はしか(麻疹)		
百日咳			ポリオ(セービン3以上のTOPV、ソーク4以上のIPV)		
破傷風			B型肝炎		
風疹			その他(明記してください)		
おたふく風邪			_____		

その他の意見やコメントがありましたら、お書きください。

7. ツベルクリン反応検査: 申請者はこれまで3カ月以内にツベルクリン反応/精製ツベルクリンタンパク体(PPD)検査を受けた証明を提出しなければなりません。

検査日(日/月/年) _____ 結果/診断: _____ 他の検査が実施された、あるいは申請者がBCGの接種を受けた場合、検査結果を得るために用いられた方法および治療を説明してください:

健康診断

身長	体重	最高血圧	最低血圧	脈拍(毎分)
----	----	------	------	--------

8. 今回の診断で異常が見られるところはありますか。

	はい	いいえ		はい	いいえ		はい	いいえ		はい	いいえ
頭、首	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓(心雑音、内圧)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	四肢(筋肉)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
耳、鼻、のど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ヘルニア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	骨格系	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	直腸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸/肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リンパ節/胸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	神経系	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			性器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

いずれかに「はい」と答えた場合は、別紙に詳細な情報を記入してください(タイプまたはパソコンから印刷し、申請者の氏名および生年月日を各ページの上部に記載してください)。

証明書

私は現在、医療行為を行うための有効な免許をもっており、患者の近親ではなく、申請者を自ら診察し、その結果を上記および別添にて報告することをここに証言します(添付書類がある場合は、印をつけてください)。

私の所見では、申請者は、

良好な健康状態にあり、プログラムへの参加を妨げるような、いかなる精神的あるいは身体的疾患もありません。

報告書に記載の通り、精神的あるいは身体的疾患を患っています。

申請者は良好な健康状態にあり、申請者の希望するスポーツまたは身体的な活動への参加を妨げる可能性のある疾患はないと診断しますか。

はい いいえ

医師の氏名(フリガナ)	署名(青色インクのペンで)	日付(日/月/年)

医師の住所、電話番号およびファックス(活字体で明確に。スタンプでもかまいません。)



第 ____ 地区

申請者名

長期交換プログラム

歯科衛生と検診

歯科医の方へ:本学生は、海外での1年間の交換留学を検討しています。学生の歯科衛生、薬物またはその他の問題に関して不十分、不適切あるいは不正な情報がある場合、海外での学生の生活に支障をきたす可能性があります。申請者の近親が歯科検診を行うことは**できません**。

明確に記入するか、タイプしてください。本書式は4部提出するものとし、各書式に**青色インク**のペンで署名をしてください。

申請者の氏名		性別	生年月日(日/月/年)
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所 — 番地			
市町村	都道府県	郵便番号	国名
自宅電話番号	携帯電話	Eメール	

歯科検診

1. 申請者は良好な歯科衛生状態ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 申請者は現時点で歯科治療を必要としていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. 申請者は海外にいる間に歯科治療を必要とする可能性があると考えられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」と答えた場合、下に説明してください(必要であれば裏面を使用してください)。	

証明書

私は現在、歯科医療行為を行うための有効な免許をもっており、患者の近親ではなく、申請者を自ら診察し、その結果を上記および別添にて報告することをここに証言します(添付書類がある場合は、印をつけてください:)。

歯科医の氏名(フリガナ)	署名(青色のペンで)	日付(日/月/年)

歯科医の住所、電話番号およびファックス(活字体で明確に。スタンプでもかまいません)

--

申請者名	
------	--

歯科医の方へ:このページを使用して追加のコメントをご記入ください。



第 ____ 地区

申請者名

長期交換プログラム

高等学校報告書および推薦状

学生の方へ:この書式の上部に漏れなく記入した後、あなたについて、またあなたの学校での成績や功績をよく知る学校の担当者に、クラブのあて先と切手のついた返信用封筒を添えてこの書式を渡してください。こうすることにより、ロータリー・クラブや地区の青少年交換委員会の審査に使われる情報を学校が提示するのをあなたが許可することになります。

申請者の氏名		性別	生年月日(日/月/年)
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所 — 番地			
市町村	都道府県	郵便番号	国名
自宅電話番号	携帯電話	Eメールアドレス	

評価をする方へ:本学生は、ロータリー・クラブ/地区から派遣される、1年間の海外留学プログラムに申請しています。本書式に記入の上、本書式を受取ってから7日以内にあて先入りの返信用封筒にてご送付ください。提出された情報は、法律で義務付けられている場合を除き、学生に開示されることはありません。

明確に記入するか、タイプしてください。

1. 学校およびクラスについて

申請者の現在の学年(2年生、3年生など)		学校における学年数	
申請者の学級内の生徒数		学校の全生徒数	
申請者の学級内の成績順位(上位10%、56人中12番目など)			

2. 申請者の履修科目について

申請者が履修している主な科目を挙げ、申請者の学力や成績について述べてください。

3. 評価

分野	優	良	平均	平均以下	評価材料なし
創造性、独自の思考力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自立心、自発性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
知的能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
情緒安定性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
学業成績	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
新しい考え方を受け入れる姿勢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
柔軟性、順応性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コミュニケーション(意思疎通)能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
将来性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自制心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行事/活動への積極的参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

申請者名	
------	--

4. 申請者は、外国語を学ぶことを含め、不慣れな環境でも成功するための能力、行動習慣、性格、および柔軟性を持っていると思いますか。 はい いいえ
 その理由をお書きください。

5. 申請者の両親／法的保護者は、本人の海外留学の意思を支持していると思いますか。 はい いいえ

推薦
私は、本学生がロータリー青少年交換学生となることを推薦します(1つに印をつけてください)。
<input type="checkbox"/> 大いに推薦する <input type="checkbox"/> 推薦する <input type="checkbox"/> 無回答 <input type="checkbox"/> 推薦しない <input type="checkbox"/> 推薦に反対

氏名(フリガナ)および役職		署名(青色インクのペンをお使いください)		日付(日/月/年)	
学校名			住所 — 番地		
市町村		都道府県		郵便番号	
電話		ファックス		Eメール	

交換学生および文化親善使節としての申請者の適性について、その他にご意見があればお書きください。



第 ____ 地区

申請者名

長期交換プログラム 交換の規則と条件

ロータリー・クラブまたは地区から派遣される青少年交換学生として、交換に関する以下の規則と条件に同意しなければなりません。地元の状況に合わせて必要な場合には、地区が本文書を修正したり、その他の規則を加えることがあります。

交換の規則と条件

- 1) 受入国の法律を遵守しなければなりません。法律に反する行為が発覚した場合、派遣側や自国からは一切の支援も受けられません。警察から釈放され次第、直ちに自費で帰国をしなければなりません。
- 2) 不法薬物の所有や使用は認められていません。医師から処方された薬は許可されています。
- 3) アルコール類の不法な飲酒は固く禁じられています。成人の年齢に達している学生も飲酒を控えるべきです。成人の年齢に達しており、ホストファミリーからアルコール類を勧められた場合、家庭内でホストファミリーの監督の下での飲酒は許容されます。
- 4) 自動車を運転したり、自動車の安全運転教育プログラムに参加することはできません。
- 5) 交換学生である間は受入地区の管理下に置かれ、受入地区の交換の規定と条件に従わなければなりません。両親あるいは法的保護者は、あなたに直接、他のいかなる活動も許可してはなりません。プログラム期間中は、受入国に住む親戚も、あなたに関する権威を有しないものとします。
- 6) 毎日学校へ通い、成果を上げるための真摯な努力を重ねなければなりません。
- 7) 出発時から帰国時までを補償し、事故によるけがおよび疾病に対する医療および歯科治療、死亡の場合(遺体の本国送還を含む)、身体障害/四肢切断の場合、緊急医療移送、緊急訪問費用、24時間緊急援助サービス、法的賠償責任に適用され、派遣ロータリー・クラブまたは地区と相談し、受入ロータリー・クラブや地区が十分と認める額の旅行保険に加入していなければなりません。
- 8) 交換中のあなたの健康を確保するために十分な経済的支援が必要です。受入地区によって、緊急時のための臨時資金を要請される場合もあります。未使用分の資金は、交換後に両親あるいは法的保護者へ返還されます。
- 9) 受入地区の旅行に関する規定に従わなければなりません。旅行は、ホストファミリーの両親と一緒にの場合、または受入ロータリー・クラブや地区から許可されたロータリー・クラブや地区の行事のために適切な成人の付添い人がついた場合に許可されます。受入地区とクラブ、ホストファミリーおよび両親や法的保護者は、その他の旅行について、ロータリーをその義務と法的責任から免除し、書面によって承認を行わなければなりません。
- 10) 受入地区と両親または法的保護者の双方から同意を得られる経路によって、本国に直接帰国しなければなりません。
- 11) 早期帰国にかかる費用またはその他の例外的な費用(言語個別指導、ツアーなど)はあなたと両親または法的保護者の負担となります。
- 12) 本国を出発する前に、最初のホストファミリーと連絡をとっておくべきです。ホストファミリーの情報は、出発に先立って、受入クラブまたは地区から提供されます。
- 13) 交換中に両親や法的保護者、兄弟、または友人が訪問することは極力避けるようにしてください。このような訪問は、受入クラブと地区が同意し、その指針に従ってのみ行うことができます。通常、訪問は、交換の最後の学期中または学校の休暇中のみに手配され、主な祝日には許可されません。
- 14) 虐待またはハラスメントにあった場合は、受入クラブのカウンセラー、ホストファミリーの両親またはその他の信頼できる大人に相談してください。

交換を成功させるための推奨事項

- 1) 喫煙は控えてください。申請書に喫煙しないと記入した場合、交換中を通して喫煙することはできません。あなたの受入れとホストファミリーの選定は、あなたの署名した声明に基いて行われます。いかなる場合でも、ホストファミリーの家の寝室で喫煙してはなりません。
- 2) 交換中に、体にピアスを開けたり、入墨を入れることは、健康上の理由から許可されていません。
- 3) 受入側の意向を尊重してください。ホストファミリーの大切な一員として、あなたと同じ年頃の学生や子供が普通に行うような家事の手伝いや責務を引き受けてください。
- 4) 受入国の言語を学んでください。こうした努力は、教師、ホストファミリー、ロータリー・クラブ会員、その他に地域社会で出会う人々から歓迎されます。地域社会で受け入れられたり、生涯の友人をつくる上でも大切です。
- 5) ロータリーの提唱する行事やホストファミリーの行事に出席し、こうした行事に関心を示してください。参加にあたっては、頼まれるのを待つのではなく、自ら進んでボランティア活動を行ってください。あなたが関心を示さないことで交換に弊害がもたらされることもあり、将来の交換にも良くない影響を与えかねません。
- 6) 真剣な恋愛行為を避けてください。性的行為は謹んでください。
- 7) 学校や地域社会の活動に参加してください。レクリエーションや余暇の活動を学校や地域社会の友人と行うよう計画してください。他の交換学生とばかり一緒に行動することのないようにしてください。地元インターアクト・クラブがある場合は、これに入会することが奨励されています。
- 8) 地域社会の友人は注意深く選んでください。友人を選ぶ際は、ホストファミリー、顧問、学校関係者のアドバイスを求め、これに耳を傾けてください。
- 9) お金を借りてはいけません。請求書については速やかに支払いを行ってください。家庭の電話やコンピューターを使用する際は許可を求め、すべての通話時間やインターネットの使用時間を記録し、毎月自分の使用した分の費用をホストファミリーに支払ってください。
- 10) インターネットおよび携帯電話の使用を制限してください。過度または不適切な使用は認められていません。
- 11) 旅行に出かけたり、行事に出席する機会が与えられた場合、出発前に、自己負担すべき費用や自分の責任についてよく理解しておいてください。

申請者名	
-------------	--

宣言

申請者の本プログラムへの採用および参加に鑑みて、以下に署名した申請者およびその両親または法的保護者は、法の許す限りで、過失あるいは不作為から起こる可能性も含め、いかなる損失、物的損害、個人の死傷に対する責任についても、重大な過失あるいは意図的な行為がある場合を除き、受入国との往復の旅行中を含め本青少年交換プログラムに申請者が参加したことにより、または参加中に、申請者、両親あるいは保護者が損害を与えた場合または申し立てをした場合、すべてのホストファミリーのメンバー、および派遣側と受入側のロータリー・クラブと地区、国際ロータリーのすべての会員、役員、理事、委員会委員、職員を解放し、免責し、保護しかつ損害を与えないことに同意します。

以下に署名した申請者および以下に署名した申請者の両親あるいは法的保護者として、交換のプログラム規定および条件を読み、理解したことをここに表明します。学生として交換に採用された場合、私はこれらの規定と、交換学生として受入国に滞在中に当然の通知をもって私に課されるその他の規定に従うことに同意します。

私たちは、青少年と接する際の行動規範に関する声明を読み、理解したことを証明します。私たちは、すべてのロータリアンおよびホストファミリーも同声明を読み、理解することが求められているのを承諾します。私は、交換生として選ばれた場合、虐待およびハラスメントに関する研修と書面による資料を提供され、これには、私が虐待やハラスメントを受けた際に連絡すべき人物の連絡先が含まれていることを理解します。

私は良好な健康状態と人格を持ち、ロータリー青少年交換学生として、また青少年親善使節としての役割の重要性を理解し、派遣ロータリー・クラブや地区、学校、地域社会、都道府県、および国を代表するよう選ばれた際は、私が全力を尽くす限りでロータリー青少年交換学生に求められる高い基準を維持することを証明します。さらに、私は本申請書式と添付書類に含まれるすべての資料は、私の知る限りにおいて、真実かつ正確であることを表明します。

医療に関する許可および病歴の通知と免責

私たち、申請者の両親／法的保護者と、私、申請者は、医師および歯科医による診察から得られる、申請書式の「病歴 1-4」の医療情報を通知することを、ここに承認します。

私たち、申請者の両親／法的保護者と、法定年齢に達し、本人の健康および治療に関して独自に決定を下す法的権限を有する申請者は、息子／娘／被保護者がロータリー青少年交換学生として海外に滞在する間、以下に記された通り、免責を行い、許可を与えるものとします。

- 事故あるいは病気の場合、私たち¹ 私は、ロータリアン、ロータリー活動で委任された付添い人、および² または学生のホストファミリーの両親が、治療を施すための適切な医療機関と医師³ 歯科医を選択することを認めます。
- 私たち¹ 私は、医師が息子² 娘² 被保護者の治療に必要なまたは妥当と判断する手術、麻酔薬投与、あるいは輸血を許可します。
- 私たち¹ 私はさらに、緊急時に息子² 娘² 被保護者に必要とされ、免許を有する医師、外科医あるいは歯科医による医療または外科治療に同意します。私たちは直ちに通知を受けるよう要請しますが、その通知を行うために緊急治療が延期される必要はありません。
- 学校への登録に必要なとされる予防接種について許可を与えます。
- 緊急性のない手術については、私たち¹ 私はその手配が行われる前に私たち¹ 私に通知を行い許可を得るよう要請します。

私たちは、最終的な結果に関わりなく、緊急時の介入に関して、国際ロータリー、ロータリー地区、ロータリー・クラブ、ロータリアン、ロータリーの付添い人、あるいはホストファミリーの免責に同意します。

私たちは、行われた医療行為に関して、保険で補償されない部分のすべての財政的義務を担うことに同意します。

申請者 (フリガナ)	署名
母親／法的保護者 (フリガナ)	署名
父親／法的保護者 (フリガナ)	署名
証人となる派遣クラブの代表 (フリガナ)	署名
_____ 年 _____ 月 _____ 日	

青少年と接する際の行動規範に関する声明

国際ロータリーは、ロータリーの活動に参加するすべての人々のために最も安全な環境を作り、維持するよう最善を尽くしている。ロータリアン、その配偶者、その他のボランティアの人々は、ロータリーを通じて関わる児童および青少年の安全を考え、肉体的、性的、あるいは精神的な虐待を防止して、彼らの身の安全を守るために最善を尽くす責任がある。

2002年11月、国際ロータリー理事会により承認



第 _____ 地区

申請者名

長期交換プログラム

申請書チェックリスト

申請書のすべての必要箇所が記入されていることを確認するため、このチェックリストをご利用ください。申請書はコピーを含め、すべて青色インクのペンで直接署名されていなければなりません。またすべての写真は原本あるいは良質のカラーコピーでなければなりません。

	1 部目	2 部目	3 部目	4 部目
「申請者本人に関する情報」に 記入 し、 写真を添付 する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
書簡を 準備 し、写真(4)を 貼付 する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医師に「病歴と健康診断」に 記入 してもらい、 署名 をもらう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯科医に「歯科衛生と検診」に 記入 してもらい、 署名 をもらう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「保証書式」に学生および両親／法的保護者が 署名 する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「宣言」および「医療に関する許可および病歴の通知と免責」に学生と両親／法的保護者が 署名 する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
成績証明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
パスポート 、または 戸籍謄本 のコピー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 「高等学校報告書および推薦状」書式および宛名が記入され切手の貼られた封筒を**校長／担当教師へ渡す**(この書式は申請書と一緒に提出しないでください)。

