

**認定NPO ピープルズ・ホープ・ジャパン**  
**タイで HIV/エイズについて学ぶ 7 日間 2016 春 参加申込書**

年 月 日

申込書提出先： 認定 NPO ピープルズ・ホープ・ジャパン

〒180-8750 東京都武蔵野市中町 2-9-32 FAX0422-52-7035

ふりがな お名前	ローマ字名 (パスポートと同じ名前 姓/名)  パスポート旧姓記載 ( )	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 (昭和/平成 年) 19 年 月 日 ( 才)	ご職業	
パスポート番号	発効日	有効期限
現住所 〒	TEL FAX 携帯	
e-mail アドレス	連絡方法 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> e-mail	
勤務先/学校名	TEL FAX 携帯 e-mail	
住所		
ご旅行中の国内連絡先 ふりがな お名前	続柄	住所〒
TEL	FAX	携帯 e-mail
海外旅行損害保険加入	<input type="checkbox"/> ピース・イン・ツアーで加入する <input type="checkbox"/> 個人で加入する *このプログラムでは、海外旅行保健への加入が参加の条件となります。	
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	
食事制限・アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ( )	
お部屋の希望	<input type="checkbox"/> 一人部屋希望 <input type="checkbox"/> 相部屋希望( _____様と同室) <input type="checkbox"/> 特にこだわらない	
海外渡航歴	今回で	回目 主な渡航先
通信欄		
<b>未成年者のツアー参加承諾書</b>		
株式会社 ピース・イン・ツアー 原優二殿		
私は、上記申し込みのツアーに下記の者を参加させることを承諾いたします。また、偶発的な事故や疾病による入院等が発生した場合は、添乗員もしくは企画担当者及び現地係員・ガイドの故意または重大な過失に基づく場合を除き、貴社の責任を追及しません。		
日付： 年 月 日		
参加者氏名： _____		
参加者住所： _____		
保護者氏名： _____ 印 _____		

旅行企画・実施 株式会社 ピース・イン・ツアー

現地プログラム企画 認定 NPO 法人 ピープルズ・ホープ・ジャパン

別紙取引条件説明書に記載の旅行条件及び旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関等その他への提供、およびプログラムの企画・運営に必要な範囲での上記一社・認定 NPO ピープルズ・ホープ・ジャパンへの個人情報の提供について同意の上、申し込みます。

ピープルズ・ホープ・ジャパン タイで HIV/エイズについて学ぶ 7 日間 2016 春  
参加に関するご質問書

1. 外国語を話せますか？（○をつけてください）
英語           :    話せない   挨拶程度    日常会話程度    学部留学レベル以上 タイ語        :    話せない   挨拶程度    日常会話程度    学部留学レベル以上
2. このプログラムに参加する目的は何ですか？ できるだけ具体的にご記入ください。
3. このプログラム期間中に何をしたいですか？（やりたい、見たい、聞きたい、知りたい）
4. 出発までに、何か希望することはありますか？（どのようなオリエンテーションにしてほしいか、事前にどんなことを知りたいかなど）
5. 最近の日本や海外の出来事で、あなたが最も関心のある出来事と、それについてのあなたの考えを教えてください。
6. 帰国後は、このプログラムでの経験をどのように活かしていきたいですか？