

アプリケーションフォーム手書き可能な箇所について

アプリケーション、2ページ目のロータリー青少年交換申請書式の記入作成方法内に、手書きの申請書は受理されません。と記載がありますが、下記のような、医師、歯科医、学校の先生に記入してもらう場合は、手書きでかまいませんのでご注意ください。楷書体でしっかりと記入をしてもらうようにしてください。

1. Section C: Medical History and Examination
2. Section C – Appendix C1
3. Section D: Dental Health and Examination
4. Section H: Secondary School Personal Reference

尚、下記のように、地区番号、名前、生年月日等、あらかじめ記入のできる箇所はタイプをし、印刷したものを渡して記入をしてもらうようにしてください。

Rotary District 2620	Applicant Name Hanako FUJIYAMA																																																												
Rotary Youth Exchange – Long-Term Exchange Program																																																													
Section C: Medical History and Examination																																																													
<p>Physician: This student is considering a year abroad as an exchange student. Insufficient, inadequate, or improper information about medications or psychiatric, psychological, or other medical problems could endanger the student's life while overseas. Allergy information is especially crucial to host family placement and student well-being. An immediate relative of the applicant may not complete the examination or fill out this form.</p> <p>Please type or print clearly. Please submit multiple copies of the form as directed, with original signatures in blue ink on each copy.</p>																																																													
Applicant's Full Legal Name Hanako FUJIYAMA	Date of Birth 23/FEB/2002																																																												
Home Address – Street 1-2-3Sengen	City Fuji																																																												
	State/Province Shizuoka																																																												
	Postal Code 400-0000																																																												
	Country Japan																																																												
E-mail Address Hanako223@gmail.com	Home Phone Number 81-55-223-5555																																																												
	Mobile Phone Number 81-80-5523-2620																																																												
Medical History																																																													
1. How long has the applicant been the patient of the physician?																																																													
2. Has the applicant ever been diagnosed with or received treatment, attention, or advice from a physician or other practitioner for:																																																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Yes</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Allergies</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b. Anorexia/bulimia/other eating disorder*</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. Appendicitis</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d. Arthritis</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e. Asthma</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f. Attention deficit disorder*</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g. Bowel problems</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h. Cancer</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i. Diabetes*</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Yes	No	a. Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Anorexia/bulimia/other eating disorder*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Appendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Attention deficit disorder*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Bowel problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Diabetes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Yes</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>n. Liver disease/hepatitis</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>o. Malaria</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>p. Menstrual disorders</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>q. Mental disorders*</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>r. Pneumonia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>s. Rheumatic fever</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>t. Serious headache/migraine</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>u. Stomach ulcer</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>v. Typhoid fever</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Yes	No	n. Liver disease/hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. Menstrual disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. Mental disorders*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. Rheumatic fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. Serious headache/migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u. Stomach ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. Typhoid fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes	No																																																											
a. Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
b. Anorexia/bulimia/other eating disorder*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
c. Appendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
d. Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
e. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
f. Attention deficit disorder*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
g. Bowel problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
h. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
i. Diabetes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
	Yes	No																																																											
n. Liver disease/hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
o. Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
p. Menstrual disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
q. Mental disorders*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
r. Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
s. Rheumatic fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
t. Serious headache/migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
u. Stomach ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
v. Typhoid fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											

書簡のフォーマットについて

書簡(本人・両親)に関しては、手紙の様式:別紙にパソコンでタイプしたものを印刷し、各ページ右上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。最長3ページまでとします。と説明のある通り、各ページの上に氏名を明記してあればアプリケーションフォームの PDF 内に作成する必要はありません。別途、Word 等で作成をしてかまいません。