

# STUDY TOURS 研修旅行

## 海外訪問者プロフィール

**NOTE: This form can be completed on your PC or Mac using Adobe Acrobat or a web browser. Please print the form, sign it and return it to your agent. You can download Adobe Acrobat for free from <https://get.adobe.com/reader>.**

**PLEASE COMPLETE THIS FORM IN ENGLISH. ENSURE IT IS TYPED, NOT HANDWRITTEN.**

本用紙は英語で記入してください。手書きではなくタイプしてください。

### **PART A: VISITOR DETAILS** パートA: 訪問者情報

First name ファーストネーム

Surname 姓

Gender 性別

Male 男

Female 女

Date of birth 生年月日 (日/月/年)

Age 年齢

Nationality 国籍

**Emergency contact details of parent/guardian** 緊急時の親/保護者の連絡先(氏名、電話番号、住所、Eメール)

Full name フルネーム

Phone Number 電話番号

Address 住所

Email Eメール

**Education** 教育

School name 学校名

Current year in school 現在の学年

Number of years studying English 英語の学習年数

### **PART B: MEDICAL DETAILS** パートB: 医療に関する情報

Do you have any allergies? アレルギーを持っていますか? No いいえ Yes はい (please tick one) (どちらかに印をつけてください)

If yes, include any food, animal and drug allergies (please provide full details and medication taken):

食品、動物、薬物アレルギーを含めてください (「はい」の場合には、詳しい内容と服用薬を記入してください。):

Do you have any illnesses/medical conditions? なんらかの疾患/病状を患っていますか?

No いいえ

Yes はい (please tick one) (どちらかに印をつけてください)

Include asthma, diabetes, epilepsy or anaphylaxis (If yes, you must advise treatment and medication taken including use of an adrenaline autoinjector e.g. EpiPen):

喘息、糖尿病、てんかん、アナフィラキシーを含めてください (「はい」の場合には、治療の内容とエピペンなどアドレナリン自己注射器の使用を含む服用薬を教えてください):

Is there anything else in the visitor's history or circumstances not already advised that might pose a risk to students or staff in NSW government schools? 訪問者の来歴や状況について、ニューサウスウェールズ州立学校の生徒や職員に危険を及ぼしうようなその他の要因はありますか? No いいえ Yes はい (please tick one) (どちらかに印をつけてください)

(If yes, you must provide full details): (「はい」の場合には、詳しく記入してください):

**PART C: HOMESTAY** パートC: ホームステイ

Only complete this section if DE International is arranging homestay

(DE Internationalがホームステイを手配する場合のみこのセクションを記入してください)

Placement preference 滞在先の希望	Single シングル	Double ダブル	
Smoking preference 喫煙に関する希望	Non-smoking 禁煙	No preference どちらでもかまわない	Outside only 屋外での喫煙のみ
Pets preference ペットに関する希望	Prefer pets ペットあり希望	No pets ペットなし	Outside pets only 野外ペットのみ
Message to host family ホストファミリーへのメッセージ			

## Family members 家族

RELATION 続柄	NAME 名前	OCCUPATION 職業	AGE 年齢

## Interests/Hobbies/Sports 関心/趣味/スポーツ

**PART D: PERMISSION TO PUBLISH AND CONSENT** パートD: 出版許可と同意

I/we consent to the aforementioned overseas visitor named in this form, being photographed/filmed for publication within the NSW Department of Education's internet sites, social media, newspaper, external publication, television and on other associated promotional material. Note: You have agreed to participate in the study tour. We may collect photograph and film content for publication. If you choose to participate in the study tour, we may be unable to exclude you from any photograph or film content. 私/私たちは、ニューサウスウェールズ州教育省のインターネットサイト、ソーシャルメディア、新聞、外部出版物、テレビおよびその他の関連宣伝用資料の範囲内での掲載用として、本用紙で前述の海外訪問者が写真/動画撮影の対象となることに同意します。注：研修旅行への参加に同意しましたので、掲載用として写真/動画コンテンツを収集することがあります。研修旅行への参加を選択した海外訪問者は、写真/動画コンテンツの収集対象から除外できない場合があります。

Yes はい No いいえ (please tick one) (どちらかに印をつけてください)

I/we consent to the aforementioned overseas visitor named in this form participating in all study tours and homestay activities (both on and off the school and homestay premises) including any excursions and trips arranged by the school and homestay provided during the program. 私/私たちは、本用紙で前述の海外訪問者がプログラム期間中に学校の手配する遠足や旅行および提供されるホームステイを含むすべてのスタディツアーとホームステイの活動(学校およびホームステイ滞在先の場所内外の両方において)に参加することに同意します

I/we consent to the aforementioned overseas visitor named in this form, in the event of an emergency, using ambulance transportation and/or receiving such medical or surgical treatment as may be deemed necessary. This may include, but not be limited to, placement in a hospital, use of doctor's services and transportation to the home country as well as COVID related medical care and testing. 私/私たちは、本用紙で前述の海外訪問者が緊急時には救急車での搬送および/もしくは必要とみなされる医療手当または外科治療を受けることに同意します。これには、入院、医師のサービスの利用、母国への搬送(関連の医療および検査)が含まれる場合があります。

I/we understand that the accompanying adult is responsible for all costs incurred in providing medical treatment and associated service to the overseas visitor, as aforementioned. 私/私たちは、同伴する大人は、前述のとおり、海外訪問者に対する医療手当と関連のサービス提供で発生するすべての費用に責任を持つことを理解します。

I/we agree to reimburse the host family or the local school for any damage the aforementioned overseas visitor named in this form may cause. 私/私たちは、本用紙で前述の海外訪問者が生じうるいかなる損害に対してもホストファミリーもしくは地元の学校に賠償することに同意します。

Signature of Parent/Guardian (if visitor under 18 years of age): 親/保護者の署名(18歳未満の場合):

Signature of Visitor (if over 18 years of age): 訪問者の署名(18歳以上の場合):

Please provide your COVID vaccination history (including dates of each dose and vaccination name). You must ATTACH your vaccination certificate. COVID予防接種履歴(接種日とワクチンの名前を含む)を提供してください。予防接種証明書を添付してください。

PLEASE USE YOUR DIGITAL SIGNATURE TO SIGN THIS FORM BEFORE RETURNING IT TO YOUR AGENT. IF YOU DO NOT HAVE A DIGITAL SIGNATURE, PLEASE PRINT THE FORM AND SIGN IT BEFORE RETURNING IT TO YOUR AGENT. 本用紙を代理店に返送する前に、デジタル署名で用紙に署名してください。デジタル署名がない場合は、用紙を印刷して署名した後、代理店に返送してください。