NSW GOVERNMENT SCHOOLS

Study Tours

OVERSEAS VISITOR PROFILE 海外訪問者プロフィール

NOTE: This form is best completed using the program Adobe Acrobat Reader. If Adobe Acrobat is not loaded onto your PC or Mac then you can download it for free from https://get.adobe.com/reader. You can also complete the form using the browser Internet Explorer.

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 名(ローマ字) _____ Surname 姓 (ローマ字) _____

Gender 性別 ☐ Male 男 ☐ Female 女

Date of birth (DD/MM/YYYY) 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 氏名 _____ 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 薬の詳細 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、病気の内容とエピペンなどを含む薬の詳細を教えてください):

Do you have any history of violent behaviour? 暴力行動の経験がありますか? ☐ 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):

Have you been hospitalised in the last 2 years? 過去2年間、入院したことがありますか?

☐ 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:

Please indicate if you have any of the following: 以下のいずれかに該当する場合は、印をつけてください。

☐ Autism 自閉症
☐ A physical disability 身体障害
☐ Behaviour disorder 行動障害
☐ A vision impairment 視力障害
☐ A hearing impairment 難聴
☐ Difficulties in learning 学習困難
☐ Intellectual disability 知的障害
☐ A language disorder 言語障害
☐ Acquired brain injury 後天的脳損傷
☐ Mental health disorder 精神障害
☐ Other (please specify) その他(具体的にご記入ください)

Is there anything else in the visitor's history or circumstances not already advised that might pose a risk to themself, students or staff in NSW Government schools? これまでに申告していないことで、訪問者本人や訪問校の生徒や先生の安全に関して心配なことはありますか? ☐ 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 NSW Government schools are 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

Dietary requirements 食事に関する配慮・希望 ☐ Kosher: コーシャ ☐ Halal: ハラール ☐ Vegan: ビーガン ☐ Gluten Free : グルテンフリー

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、COVID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責任を負うことに同意します。

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

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

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。

CLICK TO PRINT FORM

7/10/26