

ホストファミリー登録票

No. _____

受付者: _____

※記載漏れの無いようご記入ください。

記入日: 20 年 月 日

申込者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 - 岩手県 ■最寄の駅またはバス停 () ■自宅~最寄の駅(バス停)までの所要時間(徒歩 分)		
連絡先	TEL:	当協会 賛助会員	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
	E-mail: ※不達が多いため、可能な限り hotmail・outlook 以外のアドレスをご記入ください。		

家族構成(申込者を含む同居者)							A:堪能 B:日常会話程度 C:挨拶程度
ふりがな 氏名	性別	続柄	生年月日	職業/学年	喫煙の有無	話せる外国語	レベル
		本人					
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
ホストファミリーの 経験について	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※経験ありの方は記入 交流内容・期間・国籍・人数など				

※裏面もご記入ください

家の形態		<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(アパート・マンション等) <input type="checkbox"/> その他()
ペットについて		<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他()
受け入れ条件	受入可能期間	<input type="checkbox"/> 訪問のみ <input type="checkbox"/> 1～3日 <input type="checkbox"/> 1週間程度 <input type="checkbox"/> 長期(カ月程度) <input type="checkbox"/> その他()
	受入可能人数	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数可(人まで)
	性別の希望	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> どちらでも可
	喫煙者の受入	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	食事制限(※)のある方の受入	※アレルギーや宗教上の理由等 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 場合によっては可()
メッセージ (ご家族の紹介や、 趣味・興味のあること等)		
協会メールリングリストの登録について		県内の国際交流情報を配信します。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 受信済

【協会記入欄】登録日:	年 月 日
	新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/>

※個人情報の取り扱いについて

記載された個人情報は、公益財団法人岩手県国際交流協会個人情報保護規程に基づき厳重に管理し、当業務のために協会内部で利用する以外は、ご本人の承諾なく第三者に開示、提供することはありません。