**調　査　票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 応募事業名 | 日　独　勤　労　青　年　交　流 | | |
| 氏　名 |  | 血液型  　　　　型 | 性別 |
| 生年月日(西暦)　　　 年　　月　　日 |
| 現　住　所 | （〒　　　　－　　　　） | | |

●　既往症の有無についてお答えください。有と回答された場合は、具体的にお書きください。

　　　□無　　　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●　アレルギーがありますか？　該当する項目の□にチェックを入れてください。また、どのような場合に症状が出やすいかを教えてください。

□　アレルギー性鼻炎　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　アトピー性皮膚炎　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　じんましん　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　ぜん息　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　花粉症　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　食べ物アレルギー　（　　　　　　　　 　）

□　動物アレルギー　（　　　　　　　　 　 　）

□　植物アレルギー　（　　　　　　　　　 　）

□　薬アレルギー　（　　　　　　　　 　　 　）

□　その他　（　　　　　　　　 　　　　　 　）

□　特になし

●　その他、健康について注意すべきことや、常用薬等がありましたらその薬品名もお書きください。

＊　以下をご確認の上、□にチェックを入れてください。

□　派遣参加者に決定した場合、派遣業務運用上、上記情報をドイツ側実施機関および随行する団長等に伝えることに同意します。

※　参加の選考基準として、健康状態を考慮させていただく場合があります。

※　ご記入いただいた上記内容は、本事業の実施のみに使用いたします。

※　派遣が決定した方のみ、後日、所定の健康診断書を提出していただきます。