

2010 Canada Homestay Program

氏名 がな 前 _____

保護者 _____

住所 〒 _____

電話番号 () _____

緊急時の連絡先 () _____

食物アレルギー ない ある ()

薬アレルギー ない ある ()

その他アレルギー ない ある ()

血液型 _____ 型

生年月日 19 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Eメールアドレス _____

携帯電話番号 _____

携帯電話メール _____

お子様の体の心配事やご希望がございましたらなんでもご記入下さい