|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （あればクリスチャン名） | |  | | | | 所属教会名 | | |  | | | | | | |
|  | | | |
| パスポート記載の  漢字名 | |  | | | | | \*該当する方は○をつけてください。    　　　・牧師　　　　　　　・副牧師 | | | | | 性別 | 男　／　女 | |
| パスポート記載のローマ字名（**正確に**） | |  | | | | | 生年月日　　　　（西暦と元号で） | | | | 年　　　月　　　日  （昭和/ 平成　　　　年） | | | |
| パスポート番号  （**正確に**） | |  | | | | | 年齢（派遣出発時の）  （いずれかに印を。） | | | 才  （大人／中高・大学生／小学生／幼児　） | | | | |
| パスポート発行年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | パスポート有効満了日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 住所　〒 | | | | | 電話番号 | | |  | | | | | | |
| 携帯番号 | | |  | | | | | | |
| ＦＡＸ | | |  | | | | | | |
| E-mail  アドレス | （自宅PCメール） | | | （携帯メール） | | | | | | | 日本国籍以外の記入欄 | | |  |
| * **海外旅行保険の加入について**   派遣に参加される方は基本的に、全員、ミッションをとおしての海外旅行保険にお入りください。保険料**2,900円　現在、病気にかかっている方は必ず告知してください。（保険料6,500円）旅行前にすでにかかっている病気に起因して治療・入院となった場合は、保険はおりません。**派遣ご参加に際しては、かかりつけの医師に十分ご相談の上お決めください。 | | | | | | ●告知欄　：　病名  　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| **パスポートの顔写真のあるページのコピー　を、確実になり次第、（FAX/ 手渡し/ スキャナーしてメールで）お送りください。** | | | 申込時点で、今回の派遣参加は  （いずれかに○印をつけてください。）  確実です　　/　　　まだ信仰です  \***信仰の人は、確実になりましたら、必ずすぐにご連絡下さい。** | | | | | | | | | | | |

申込者のお名前：

申込金　\*大人10,000円×（　　　）名＝（　　　　 ）円 　　　\*中・高・大学3,000円×（　　　）名＝（　　　　 ）円

保険料　2,900円×（　　　）名＝（　　　　　　　　　）円　　　\*持病告知の方6,500　円×（　　）名　＝（　　　　　　）円　　　　**振込合計金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円**