|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （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**