**埼玉県・クイーンズランド州スカラシップ調書〈大学附属英語学校派遣〉**

別紙様式１

**（和文）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 応募者氏名（ふりがな）： | | 写真（貼付） |  |
| 現 住 所　（〒　　-　　　）  電話番号：　　　　　　　　　　　　　携帯電話番号：  FAX番号：　　　　　　　　　　　　　 E-mailアドレス： | | |
| 現住所以外の連絡先（実家等）：  電話番号：  FAX番号： | | |
| 国籍 | 生年月日： | |
| 英語能力証明書スコア（任意） | 年齢（令和７年１０月１４日現在）    　　　　　　　　　　　　　歳 | |
| 学歴（高等学校入学から）： | | |
| 健康状態（該当の□に ）  　□良好  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※慢性的な疾患がある場合、定期的に服用あるいは常用している薬がある場合、アレルギー、その他の理由により現在通院している場合はその旨記入すること。 | | |
| 趣味・スポーツ経歴等： | | |
| 自己紹介・将来の抱負 | | |
| 面接可能な日程(可能な日程に○をしてください)  　期日　　　　　　：　１１月２０日(木)　　１１月２５日(火)  　面接可能な時間帯：  ※両日、９時から１７時の間で、可能な時間帯を記入してください。面接会場は埼玉県庁またはその近隣施設になります。 | | |  |