**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５年１０月１６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(月)　　１１月２１日(火)　　１１月２２日（水）  　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。新型コロナウイルス感染症等の状況によりオンラインになる可能性がありますことを予めご了承ください。 | | |  |