**埼玉県・クイーンズランド州スカラシップ調書〈高校生短期留学〉**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 応募者氏名（ふりがな）  現 住 所　（〒　　 　－　 　　 ）    電話番号    携帯電話番号  FAX番号  E-mailアドレス | | 写真貼付 |  | |
|  |  | |
| 生年月日  　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 年齢（令和７年４月末現在） | |  | | |
| 国籍 | 在学中の高校名  現在の学年 | |
| 趣味・スポーツ経歴等 | | | |  | | |
| 自己紹介・将来の抱負 | | | |
| 保護者同意欄    　　　保護者署名 | | | |  | | |
| 面接可能な日時（可能な日時に○をしてください）  　日にち：　　　６月６日　　　　６月１０日　　　　６月１２日  　時　間：  　　　　　※両日、１５時～１９時の間で可能な時間を記入してください。  　　　　　　面接会場は埼玉県庁又はその周辺になります。 | | | |  | | |

別紙様式

埼玉県　クイーンズランド州スカラシップ＜高校生短期留学＞

別紙様式

学校長推薦書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | ○○高等学校 | | |
| 生徒氏名 | ○○　○○ | 学年 | ○学年 |
| 学力所見 |  | | |
| 人物所見 |  | | |
| 健康状態 |  | | |

上記の者は、埼玉県　クイーンズランド州スカラシップ＜高校生短期留学＞プログラム

応募者として適当と認め、推薦します。

令和７年〇月○日

学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名（署名）