

(様式第1号の1)

(財)群馬県観光国際協会・国際交流ボランティア人材バンク
ホームステイボランティア登録申込書

(協会記入)

登録番号	登録日 平成 年 月 日	備考

(会員記入)

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	19 年 月 日
住所〒		
TEL :		
FAX :		
E-mail :		
職業	勤務先	(TEL :)
受 入 希 望	受入可能人数 : 人	提供できる部屋 : <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 家族と同室
	性別 : <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> どちらでも	<input type="checkbox"/> 喫煙者 <input type="checkbox"/> 禁煙者 <input type="checkbox"/> どちらでも
	受入可能 <input type="checkbox"/> 1~3日 <input type="checkbox"/> 1週間 <input type="checkbox"/> 2週間以上 <input type="checkbox"/> 1か月	
期 間	<input type="checkbox"/> 特に制限なし	
得意な外国語	所属している国際交流団体等	
ご自宅付近の略図 (最寄りの駅・バス停 から徒歩 分)		

住居	家屋	宿泊に提供できる部屋	ペットの有無
	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 和室 畳 室 <input type="checkbox"/> 洋室 畳 室	<input type="checkbox"/> 有 _____ (<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外) <input type="checkbox"/> 無

ホ ム ス テ イ 受 入 れ 経 験	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり (回数)
	(国籍)
	(人数)

家 族 構 成 （ 同 居 の 方 の み ）	氏名	続柄	年齢	職業	趣味・特技等	喫煙※
		本人				

※喫煙については○×でご記入ください

その他 活動に関して、特に希望することがあればお書きください。