

(様式1)

沖縄県女性海外・国内セミナー「女性の翼」第42期 参加申込書

①氏 名 ローマ字表記			縦45mm×35mm 写真添付
②生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 歳) 2025年4月1日現在		
③現住所	〒 電話番号 メールアドレス		
④緊急連絡先	氏名 本人との続柄		
	住所 電話番号		
⑤職業の有無	有・無	勤務先	
		所在地	
⑥所属団体	有・無	団体の名称	
		所在地	
⑦最終学歴	年 月 高校・短大・大学・大学院・専門学校 卒業・中退		
⑧公的機関による 海外派遣の有無	有・無	派遣名 派遣時期 年 月 ~ 年 月	
⑨特 技	ア：語学 語 A・B・C イ：スポーツ ウ：芸術 エ：その他		
⑩健康	渡航にあたり、健康状況などに不安はないですか。あるとすれば、どのような事ですか。(例えば、既往症など)		
⑪応募動機			

(様式2)

諸活動歴

[illegible]

(様式3)

推 薦 書

被推薦者氏名	
被推薦者の活動状況	
上記の通り、沖縄県女性海外・国内セミナー「女性の翼」の参加者として推薦します。 年 月 日 ※ 推薦者 所属名 職 名 氏 名 印	

※応募者へ：推薦書は、応募者の活動状況をよく知っている方に依頼してください。

(例えば、職場の方、活動している団体の方、女性の翼会員等)

(様式4)

健康診断個人票					
ふりがな					
氏 名					
生年月日	(昭和・平成)	年	月 日 生		
住 所					
	電話番号				
血 圧					
身長・体重・BMI	身長(cm)	体重(kg)	BMI ()		
胸部エックス線検査					
尿検査	糖	—	±	+	++
	蛋白	—	±	+	++
	潜血	—	±	+	++
	ウロビリノーゲン	—	±	+	++
視 力	右	()	左	()	
聴 力	右	1000Hz	dB	4000Hz	dB
	左	1000Hz	dB	4000Hz	dB
その他特記事項		所 見			
自覚症状及び 他覚症状		既往歴			
上記の通り診断します。 2025 年 月 日 医療機関名 _____ 医師名 _____ 印					