**（様式１ 両面）**

**中国浙江省派遣研修生応募用紙**

**（令和６年　月　日現在）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **ふ り が な** **氏　　名** |  |  | **生年月日****（年齢）** | **年　 月　 日　　　 　　　　（　 　歳）** | **写****真** |
| **現 住 所** |  **〒** | **未婚****既婚** |
| **本　　籍** |  |
| **電話番号** | **（自宅）　　　　　　　　　　　 （携帯）** |
| **E-mail** |  |
| **勤務先名****(学校名)** |  |
| **所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号** |
| **学****歴** |  | **学　校　名** | **学部・学科・専攻** | **卒業/修了年月日 (西暦で記入)** |
| **高校** |  |  |  |
| **大学** |  |  |  |
| **大学院** |  |  |  |
| **その他****（留学等）** |  |  |  |
| **職　　歴** **(新しいものから****記入して下さい)** | **年　月　日から現在** |  **勤務先　　　　　　　　　所在地** |
| **年　月　日から　 年　月　日** |  **勤務先　　　　　　　　　所在地** |
| **年　月　日から　 年　月　日** |  **勤務先　　　　　　　　　所在地** |
| **訪 中 歴** | **年　月　日から　 年　月　日** | **訪問先** |
| **年　月　日から　 年　月　日** | **訪問先** |
| **年　月　日から　 年　月　日** | **訪問先** |
| **緊急時の県内連絡先** |  **氏名** | **本人との****関　　係** |  | **連絡先住所****電話番号****FAX** |  |
| **中国語力** | **自己評価（注）** | **会話力** |  | **読解力** |  | **記述力** |  | **聴解力** |  |
| **資　格** | **HSK　　　　（　 　 年　月取得）** | **（　 　 年　月取得）** |
| **英語力** | **自己評価（注）** | **会話力** |  | **読解力** |  | **記述力** |  | **聴解力** |  |
| **資　格** | **TOEIC　　　（　 　 年　月取得）** | **（　 　 年　月取得）** |
| **その他の外国語** | **語** | **会話力** |  | **読解力** |  | **記述力** |  | **聴解力** |  |

**(注)　中国語および英語の会話力・読解力・記述力・聴解力は、資格の有無にかかわらず**

**自己評価にて次の中から選び、上記欄に記入してください。**

**会話力 　A…仕事ができる　　　 B…日常生活は困らない　 　C…旅行会話程度　　　 D…簡単なあいさつ程度　 E…全く話せない**

**読解力 　A…専門書等が読める　 　B…新聞や雑誌が読める　　 C…やさしい文章が読める　 D…単語がいくつか読める E…全く読めない**

**記述力 　A…論文等が書ける　　 B…手紙や日記が書ける　　 C…ﾒﾓ程度の文章が書ける　 D…単語がいくつか書ける E…全く書けない**

**聴解力 　A…ﾗジｵ番組が理解できる B…日常会話は不自由しない　 C…低速度で概要が理解できる D…単語がいくつかわかる E…全くわからない**

|  |  |
| --- | --- |
| **申請動機** |  |
|  **研修後の進路** **(修得した** **知識等の** **活用方法)** |  |
| **中国の****イメージ** |  |
|  **勤務先/学校の** **承諾について** |  **応募の了解　〈あり・なし〉** **なしの場合の今後の対応** |
|  **現有パス** **ポートに** **ついて** |  **署名** |  **Ｎｏ．** |  |
|  **発行年月日** |  |
|  **有効期間** |  |
| **健康状態** | **問１ 健康状態について自己診断して下さい。（必ず健康診断書を添付してください）****①良い　②普通　③やや良くない　④良くない****問２　上記の問１で③まはた④と答えた人はその理由を書いてください。****〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕****問３　これまでにかかった病気や持病等のある方は病名や症状を書いて下さい。****〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕** |